



Custódio Sérgio Cunha Soares **Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho**



Custódio Sérgio Cunha Soares Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica do Doutor Wilson Correia de Abreu, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes do Porto

o júri

presidente

Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro.

Doutor Rui Fernando de Matos Saraiva Canário, Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem Dona Ana Guedes do Porto (orientador).

agradecimentos

Para investirmos num projecto precisamos por vezes de um amigo que perante as dificuldades nos faz reflectir, em tempo útil, sobre os melhores caminhos a percorrer. Deixa-nos fluir as ideias e depois contrapõe as ideias do mundo, a realidade, a verdade, toda a verdade!

Empurra-nos tantas vezes para um labirinto desconhecido que pensamos se será de verdade um amigo.

Mais tarde, ao encontrarmos uma possível saída, uma verdade, um conhecimento, uma certeza, fica-nos também outra: a de ele ser um verdadeiro amigo, ajudando a construir um percurso!

Um agradecimento profundo à disponibilidade, ao conhecimento partilhado e à ajuda por parte do Professor Wilson Abreu.

Aos Enfermeiros do Hospital Pedro Hispano, S.A., como dignos colaboradores. À enfermeira Paula Maia pelo apoio na relação com esta instituição. A todos os nossos colegas do curso de mestrado e professores, que nos fizeram compreender a transversabilidade da supervisão.

Ao Garrido e à Elizabeth, porque estiveram mais perto deste percurso.

Ao meu filho Carlos e à minha esposa Luísa por estarem sempre ao meu lado e com muita paciência.

Ao meu pai e à minha mãe pela confiança que sempre tiveram em mim.

E a todos aqueles que de uma forma ou de outra nos ajudaram...

Um sincero obrigado!

resumo

Ao longo do exercício profissional, a experiência dos enfermeiros encontra-se associada a múltiplas e conflituosas condicionantes nos contextos de trabalho. Diversos estudos localizados nesta área revelam que os problemas decorrentes do exercício profissional afectam o quotidiano e podem mesmo contribuir para a ocorrência de algumas formas de stress e de doença. A investigação produzida indica ainda um conjunto de estratégias que parece ter efeitos positivos no bem-estar de enfermeiros e estudantes de enfermagem, satisfação profissional e qualidade das práticas assistenciais, designadamente suporte pelos pares, apoio emocional e formação em contexto de trabalho. A supervisão clínica em enfermagem emerge nas unidades de cuidados como uma forma sistemática de desenvolvimento de competências profissionais, promoção da segurança dos doentes e melhoria da qualidade em matéria de assistência. O presente estudo, que combina métodos de natureza qualitativa e quantitativa, foi conduzido num contexto específico – Hospital Pedro Hispano de Matosinhos. O propósito central do estudo foi o de constituir um subsídio para a definição de um modelo de supervisão das práticas clínicas em enfermagem nesta unidade hospitalar. Foram definidos quatro objectivos operacionais: compreender as representações dos actores em matéria das práticas profissionais, desenvolvimento pessoal e percursos da sua formação; identificar os aspectos mais problemáticos do desenvolvimento no exercício profissional dos enfermeiros; avaliar as dinâmicas de socialização dos enfermeiros e de alunos de enfermagem que realizam os seus momentos de estágio clínico nos diversos serviços hospitalares e identificar estratégias que permitam dar respostas às expectativas dos actores em matéria de qualidade de cuidados. Os dados foram recolhidos por questionário, entrevista em grupo e análise documental. A investigação sugere a necessidade de se estabelecer um sistema de supervisão clínica em enfermagem, para dar resposta às dificuldades experienciadas por estes no seu percurso formativo para o desenvolvimento pessoal e profissional. A supervisão clínica ajudaria os enfermeiros a reflectir nas suas actividades profissionais e promover a qualidade de cuidados. O estudo apresenta um conjunto de subsídios eventualmente relevantes para a definição de políticas locais de supervisão das práticas clínicas em enfermagem.

abstract

During the work experience, the role of nursing is associated with multiple and conflicting demands of the context. Studies reveal that the experience of work-related problems generally detracts from the quality of nurses' working lives, and may contribute to some forms of stressful situations or illness. The research indicates a set of strategies, namely peer support, emotional support and on-site education, that seems to have positive effects on the nurses' and students' well-being, work satisfaction, and quality of care. Nursing clinical supervision emerges at the wards as a systematic way to develop professional competences, patient safety and quality of care. This qualitative and descriptive research was focused in a hospital environment - Hospital Pedro Hispano in Matosinhos. The study's main goal was to contribute to the definition of a system of nursing clinical supervision in this context. Four general objectives have been pointed out: to understand the representations that nurses had about their own practices; to identify the main problems in nursing professional experience development; to evaluate the socialization process of nurses and students that live their clinical learning at the hospital wards, and to identify strategies that allow answers to the expectations of nurses in matter of quality of care. The data was collected by a questionnaire, group interview and documental analysis. The research suggests a need to establish a system of clinical supervision for nurses, to give answers to the difficulties experienced by them in their personal and professional development, and clinical education. Clinical supervision will help nurses to reflect on professional activity and will enhance quality care. The study propose one possible contribution to the definition of a local policy focused on the supervision of nursing practice.

ÍNDICE GERAL

	Página
O Júri.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Índice geral	vii
Índice de figuras	x
Índice de quadros	xi
Índice de gráficos	xiv
Lista de siglas	xv

NOTA INTRODUTÓRIA	1
--------------------------------	----------

PARTE I**Enfermagem e Supervisão Clínica**

1. A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO.....	9
1.1. O percurso sócio-histórico da profissão.....	10
1.2. O cuidar como paradigma.....	14
1.3. Processos identitários dos enfermeiros	21
2. CONTEXTOS E PROBLEMÁTICAS PROFISSIONAIS.....	27
2.1. Trajectos de formação	28
2.2. A complexidade das práticas profissionais.....	36
2.3. A enfermagem portuguesa em análise.....	41
3. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	47
3.1. Natureza e conceitos de supervisão clínica em enfermagem	49
3.2. Modelos de supervisão clínica em enfermagem	54
3.3. Processo de supervisão clínica em enfermagem: problemáticas	60

	Página
3.4. A supervisão na promoção da qualidade	78
4. UNIDADE SOCIAL EM ESTUDO: <i>A UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS – HOSPITAL PEDRO HISPANO, S.A.</i>	85
4.1. Breve caracterização do hospital	85
4.2. O hospital no âmbito do Serviço Nacional de Saúde	87

PARTE II

Dinâmicas de supervisão e desenvolvimento profissional dos enfermeiros em análise

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	97
1.1. Questões de investigação	98
1.2. Modo de investigação: “estudo de caso”	100
1.3. Métodos e técnicas de recolha de dados	102
1.4. Tratamento da informação	109
2. O CONTEXTO EM ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES E DAS PRÁTICAS.....	115
2.1. Os enfermeiros alvo de estudo: sua caracterização	115
2.2. Dinâmicas de formação	129
2.3. A evidência das práticas	143
3. DINÂMICAS DE SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS DE ENFERMAGEM.....	177
3.1. Percursos de formação e socialização dos enfermeiros	179
3.2. Problemáticas do desenvolvimento profissional	188
3.3. Processos de supervisão das práticas clínicas de enfermagem	192
4. NOTA FINAL.....	209
BIBLIOGRAFIA	

ANEXOS:

Anexo I	Questionário utilizado para colheita de dados
Anexo II	Tratamento de informação das respostas à questão (11.): “ <i>Que tema ou temas, desenvolveu e apresentou em acções de formação no hospital ou sua unidade em particular?</i> ”
Anexo III	Tratamento de informação das respostas à questão (19.9.) “ <i>Outras necessidades que necessita de formação (especifique)</i> ”
Anexo IV	Tratamento de informação das respostas à questão (22.11.) “ <i>Que outras características ou atributos pensa que esta figura deve ter (especifique)?</i> ”
Anexo V	Tratamento de informação das respostas à questão (23.4.) “ <i>Se “SIM”, é capaz de descrever a forma como é feita essa ajuda?</i> ”
Anexo VI	Descrição das funções do Enfermeiro de Referência no H.P.H.
Anexo VII	Guião para entrevista em grupo
Anexo VIII	Transcrição da entrevista realizada a um grupo de 6 enfermeiras do H.P.H., a 21 de Maio de 2003, às 14,30 horas, na sala do Centro de Formação Hospital Pedro Hispano, S.A.
Anexo IX	Grelha de categorias e respostas significativas da entrevista realizada a um grupo de 6 enfermeiras do H.P.H., a 21 de Maio de 2003, às 14,30 horas na sala do Centro de Formação do Hospital Pedro Hispano, S.A.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura - 1 As funções restaurativa, formativa e normativa da supervisão.....	55
Figura - 2 Ciclo de competências e estilos de aprendizagem.....	70
Figura - 3 Algumas das características da relação supervisiva.....	77

ÍNDICE DE QUADROS

		Página
Quadro - 1	Dimensões de análise das funções de chefe, gestor e supervisor	61
Quadro - 2	Caracterização das enfermeiras entrevistadas.....	111
Quadro - 3	Distribuição dos inquiridos segundo o sexo.....	116
Quadro - 4	Distribuição dos inquiridos pelo grupo etário.....	117
Quadro - 5	Distribuição dos inquiridos pelo estado civil.....	118
Quadro - 6	Distribuição dos inquiridos pelo concelho onde habitam.....	119
Quadro - 7	Distribuição dos inquiridos pelas áreas onde trabalham.....	120
Quadro - 8	Distribuição dos inquiridos pela sua formação graduada.....	121
Quadro - 9	Distribuição dos inquiridos com e sem cursos de pós- graduação.....	122
Quadro - 10	Distribuição dos inquiridos pelo seu título profissional.....	124
Quadro - 11	Distribuição dos inquiridos pelo tipo de horário que praticam no hospital.....	125
Quadro - 12	Distribuição dos inquiridos que trabalham ou não em outro local.....	127
Quadro - 13	Distribuição dos inquiridos segundo os tempos de serviço.....	128
Quadro - 14	Distribuição dos inquiridos pela frequência de leitura de revistas técnicas e científicas da área de enfermagem.....	130
Quadro - 15	Distribuição dos inquiridos pelas horas utilizadas em acções de formação.....	131
Quadro - 16	Temas desenvolvidos e apresentados pelos inquiridos em acções de formação no hospital.....	132
Quadro - 17	Distribuição dos inquiridos segundo a presença em grupos de trabalho.....	136
Quadro - 18	Distribuição dos inquiridos segundo a experiência de orientação de alunos em ensino clínico.....	137
Quadro - 19	Distribuição dos inquiridos segundo a necessidade de acompanhamento dos alunos em ensino clínico por parte de um enfermeiro do serviço.....	138
Quadro - 20	Distribuição dos inquiridos sobre qual o enfermeiro com as características para orientar o ensino clínico.....	139

Quadro - 21	Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de relação que o enfermeiro orientador do ensino clínico deve ter com a escola e o hospital.....	141
Quadro - 22	Distribuição dos inquiridos segundo o tempo de integração proporcionado.....	142
Quadro - 23	Distribuição dos inquiridos pelas dificuldades que apresentam ao prestar cuidados aos doentes ou família.....	144
Quadro - 24	Outras áreas em que os inquiridos necessitam de formação.....	146
Quadro - 25	Distribuição dos inquiridos pela identificação das necessidades de formação e acompanhamento para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.....	149
Quadro - 26	Distribuição dos inquiridos sobre se usufruíram de acompanhamento clínico aquando da prestação de cuidados.....	151
Quadro - 27	Distribuição dos inquiridos sobre quem os enfermeiros costumam consultar para o desenvolvimento das suas práticas.....	151
Quadro - 28	Distribuição dos inquiridos segundo o profissional que costumam consultar.....	152
Quadro - 29	Distribuição dos inquiridos pelo título profissional da pessoa que costumam consultar quando têm dificuldades em prestar cuidados.....	154
Quadro - 30	Opinião dos inquiridos sobre as características que a pessoa que orienta deverá ter.....	155
Quadro - 31	Opinião dos inquiridos sobre outras características do supervisor.....	157
Quadro - 32	Distribuição dos inquiridos segundo a ajuda por parte da organização na resolução das suas dificuldades.....	159
Quadro - 33	Tipo de ajuda prestada pela organização hospitalar.....	161
Quadro - 34	Distribuição dos inquiridos sobre a influência dos problemas pessoais no seu exercício profissional	163

Quadro - 35	Distribuição dos inquiridos sobre a influência dos problemas pessoais dos seus colegas no exercício profissional desses.....	164
Quadro - 36	Distribuição dos inquiridos sobre a influência dos problemas do exercício profissional na vida pessoal.....	164
Quadro - 37	Opinião sobre a necessidade de existência de uma figura de suporte , formalmente identificada, para consultar e dar apoio às suas necessidades.....	165
Quadro - 38	Opinião dos inquiridos sobre qual o profissional a dar suporte e apoio em termos da prestação de cuidados.....	167
Quadro - 39	Opinião dos inquiridos sobre qual o profissional a dar suporte e apoio em termos emocionais.....	168
Quadro - 40	Opinião dos inquiridos sobre qual o profissional a dar suporte e apoio em termos emocionais e na prestação de cuidados.....	168
Quadro - 41	Opinião dos inquiridos sobre a influência na qualidade das práticas pela falta de suporte e apoio na prestação de cuidados.....	170
Quadro - 42	Opinião dos inquiridos sobre o grau de importância atribuído a factores identificados.....	171
Quadro - 43	Opinião dos inquiridos sobre o grau de importância atribuído às afirmações propostas.....	174

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico - 1	Número e percentagem dos enfermeiros por grupo etário..... 117
Gráfico - 2	Profissionais solicitados pelos enfermeiros quando sentem dificuldades no exercício 154
Gráfico - 3	Frequência de respostas à necessidade de existir alguém para apoiar e consultar 166

LISTA DE SIGLAS

AAM	Auxiliar de Acção Médica
CASE	Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPNA	Communitarian Psychiatric Nursing Association
DEPS	Departamento de Educação Permanente na Saúde
HDA	Hospital Distrital de Anadia
HPH,SA	Hospital Pedro Hispano Sociedade Anónima
IQS	Instituto da Qualidade para a Saúde
KFHQS	Kings Fund Health Quality Service
OECE	Ordem dos Enfermeiros Conselho de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
Q	Questionário
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SIDA	Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UKCC	United Kingdom Central Council

NOTA INTRODUTÓRIA

No processo de socialização profissional dos enfermeiros emergem três pressupostos que têm polarizado a atenção dos investigadores: a formação, a qualidade da assistência e o processo de configuração identitária.

A formação dos profissionais está em permanente transformação, segundo um processo contingente, estratégico e paralelo ao próprio desenvolvimento social. Uma parte relevante dos saberes veiculados a nível da formação surge da própria experiência e da análise reflexiva das práticas sociais e profissionais. A excelência do cuidar, enquanto referência, é o eixo estruturante das competências profissionais; constitui uma meta que os enfermeiros desejam cumprir e alcançar como forma de promover a qualidade dos cuidados de saúde. Finalmente, a identidade profissional e as competências dos enfermeiros encontram-se a montante e a jusante dos desenvolvimentos profissionais e pessoais.

Parece-nos hoje consensual afirmar-se que o papel dos enfermeiros tem uma importância decisiva nos processos de transformação das organizações de saúde e de desenvolvimento do sistema de prestação de cuidados à população. Neste sentido, tem toda a pertinência problematizar e equacionar os seus processos de formação e transformação da socialização profissional, nos diversos contextos em que estes decorrem.

O presente estudo, enquadrado no Curso de Mestrado em Supervisão (Universidade de Aveiro) situa-se na área da supervisão clínica em enfermagem, temática em emergência na formação dos enfermeiros (inicial e em contexto de trabalho) e no âmbito do debate sobre a qualidade das instituições de saúde.

O nosso contacto com diversas realidades profissionais deixa perceber que as interrogações em torno da supervisão clínica em enfermagem reflectem a necessidade dos enfermeiros interrogarem as suas práticas profissionais e contribuírem para a promoção de mudanças instituintes. Neste sentido, a problematização dos processos de supervisão clínica em enfermagem constitui uma ferramenta de transformação das práticas e dos dispositivos de formação, centrada num sistema de trabalho que é, antes de mais, um território educativo. Como refere Correia (1997) os sistemas de trabalho “...*devem ser encarados como sistemas cognitivos - sistemas que favorecem a cognição dos indivíduos*

que os integram ao mesmo tempo que são capazes de produzirem ... cognições que transcendem as dos indivíduos e emergem em torno das redes de relações que se estabelecem entre eles” (p. 32). É de todo evidente que as interrogações em torno da supervisão clínica em enfermagem se situam no âmbito de uma formação centrada no trabalho. A recursividade entre o trabalho e a formação faz apelo a uma lógica interactiva de construção de saberes e de mobilização destes saberes na prática: o espaço de trabalho confunde-se com o espaço de formação (Abreu, 2001).

Consideramos a supervisão clínica em enfermagem um processo de acompanhamento e orientação sistemática ao longo da formação inicial (componente clínica) e da prática profissional, que inclui suporte emocional, desenvolvimento de competências (sociais e profissionais) e contributos decisivos para a promoção da qualidade e segurança das práticas. A supervisão é sempre um processo de formação situada em contexto, tendo em consideração a experiência profissional dos sujeitos envolvidos e a própria organização social. A pertinência deste estudo reside ainda no pressuposto de que as práticas e desenvolvimentos profissionais dos enfermeiros subentendem necessidades específicas de apoio emocional, integração e suporte na formação. Este investimento na área da supervisão clínica em enfermagem permite, como refere Abreu (2001), uma tomada de consciência progressiva sobre a necessidade de analisar fenómenos recursivos ao da formação, como é o caso da socialização profissional e das práticas profissionais, os quais são susceptíveis de constituir uma matriz de informação relevante para repensar os processos de formação, uma vez que: *“...a melhoria dos processos de formação é então possível a partir de uma atitude menos ingénua, menos técnica e mais lúcida* (Canário, 1998: 9).

O estudo que realizámos assumiu a forma de um estudo de caso, centrado numa realidade hospitalar (Hospital Pedro Hispano, S.A., no Concelho de Matosinhos). Para além de uma dimensão académica que o estudo possui, esta investigação converge com a necessidade que esta instituição tem de implementar um processo de supervisão das práticas clínicas de enfermagem, uma dimensão consignada no modelo de acreditação a que foi sujeito o hospital. O Hospital Pedro Hispano é uma instituição de saúde acreditada em 2002 pelo programa de qualidade estabelecido pelo *King's Fund Health Quality Service* do Reino Unido e a trabalhar directamente com o Instituto de Qualidade da Saúde.

O programa de acreditação prevê a existência de medidas de suporte e apoio ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros, se bem que norteadas pela necessidade de promover o “*desenvolvimento organizacional*”. Desde os fins da década de 80 do século XX que esta instituição se preocupa com as questões da qualidade da assistência. Um grupo de trabalho, designado pelo Conselho de Administração, definiu um projecto de intervenção neste âmbito, que incluiu um trabalho sistemático com todos os actores envolvidos no processo: enfermeiros supervisores, enfermeiros chefes, enfermeiros especialistas, tutores e responsáveis pelo Centro de Formação. As actividades, que se estenderam ao longo de dezoito meses, compreenderam conferências, trabalhos de grupo e debates. Foram ainda integrados neste projecto os trabalhos de investigação em curso no hospital cujo objecto de estudo recaía sobre a supervisão clínica em enfermagem.

Neste sentido, fomos convidados a participar no projecto através da apresentação das linhas orientadoras da nossa pesquisa. Posteriormente, a participação nos *Workshop* permitiu uma maior proximidade com os actores e o acesso a determinada informação, que se viria a revelar fundamental para o progresso da pesquisa. A informação a que tivemos acesso foi registada nas nossas notas de campo.

Este estudo, centrado na supervisão clínica e nos processos de socialização profissional dos enfermeiros em contexto de trabalho, desenvolveu-se em torno de uma grande finalidade: *Constituir um subsídio para a definição de um modelo de supervisão das práticas clínicas em enfermagem*. A perspectiva humanista em que nos colocamos converge com abordagens idênticas no contexto europeu: a par da *necessária racionalização das práticas organizacionais* e dos recursos, as instituições devem centrar as suas atenções na *transformação dos sistemas humanos*, não *apesar deles*, mas *sim com e a partir deles*.

Optamos pelo recurso ao modo de investigação estudo de caso, privilegiando uma abordagem de tipo qualitativa (embora se recorra igualmente a dimensões de natureza quantitativa). No desenvolvimento de um estudo de caso, como refere Tucman (1994), o investigador tenta identificar as questões principais sentidas pelos vários participantes e avaliar o mérito e o valor ou o significado dos fenómenos para os actores. A abordagem desta unidade social durante um período de tempo significativo permitiu o contacto com as diversas representações em jogo e o conhecimento dos diversos contornos da problemática, tal como ela é sentida pelos enfermeiros. Por outro lado, o recurso à metodologia

qualitativa permitiu, como aliás adiantam Gauthier *et al* (1998), compreender o problema no seu meio, sem criar situações artificiais que *mascaram* a realidade ou que levam, pelos outros que não o investigador conhecedor do objecto em estudo, a generalizações e interpretações equivocadas.

Em termos de estrutura este documento divide-se em duas partes. Na parte primeira encontra-se o desenvolvimento do quadro teórico intimamente ligado com o enquadramento do tema e a problemática definida. A revisão da literatura disponível foi um processo enriquecedor, dado que englobava novos conceitos e um significativo número de artigos e publicações, pelo que se trabalhou no sentido de: “...*fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação.*” (Fortin, 1996:74). Incidiu sobretudo nas áreas de supervisão das práticas clínicas, ciências de enfermagem e socialização profissional dos enfermeiros. Descrevemos três áreas fundamentais: o *contexto social* em estudo (caracterização do local, dos actores e do objecto em estudo); o *contexto profissional* (enfermagem nas suas várias vertentes, analisada com base em diversas perspectivas actuais) e o *contexto científico* (supervisão clínica em enfermagem, objecto central das nossas interrogações).

A segunda parte descreve o *corpus* metodológico do estudo e a análise da informação trabalhada no terreno (estudo empírico). A estratégia metodológica adoptada é a fundamentalmente a proposta por Quivy e Campenhoudt (1996). Inclui quatro capítulos: a orientação metodológica, os resultados verificados, consequente análise e síntese final. Tentamos, no decurso deste espaço, apresentar a justificação face à estratégia metodológica adoptada, os instrumentos e técnicas utilizadas para a recolha de informação (questionário, entrevista semi-estruturada, análise documental e contacto com o terreno). Tratando-se de um estudo qualitativo, com a subjectividade que o próprio método implica, foi para nós um desafio tentar identificar um método e uma estratégia de validação da informação, com o objectivo de preservar o rigor que a pesquisa deve respeitar.

Identificamos, em síntese, duas limitações que condicionaram, desde o início, todo o estudo. Uma primeira decorria do facto de se tratar de uma terminologia relativamente recente e não nos parecer haver um conhecimento prévio sobre estas questões por parte da população em estudo, apesar de existirem preocupações neste sentido. Uma segunda residia na triangulação da informação recolhida, uma vez que se previa trabalhar, de forma

integrada, dados oriundos do questionário, da entrevista em grupo, dos documentos analisados e ainda de entrevistas informais.

Concluímos este trabalho com um balanço dos resultados que nos pareceram mais significativos, limites e dificuldades encontradas no percurso da investigação. Formulamos algumas sugestões e pistas para futuros estudos e contributos na área da supervisão das práticas clínicas de enfermagem para o contexto onde nos situamos.

PARTE I

ENFERMAGEM E SUPERVISÃO CLÍNICA

1. A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO

Neste capítulo pretende-se analisar o estatuto das ciências de enfermagem no âmbito das ciências da saúde nas suas várias dimensões, relacionadas com os processos de trabalho e socialização profissional dos enfermeiros, formação em enfermagem, prestação de cuidados, gestão dos serviços de saúde e outros desenvolvimentos científicos inerentes ao exercício.

Para enquadrar esta abordagem, consideramos pertinente fazer uma breve referência ao percurso histórico da profissão, traçar algumas perspectivas sobre o cuidar e reflectir sobre a identidade profissional dos enfermeiros. Uma primeira questão deve colocar-se no início desta reflexão: como definir Enfermagem? Qual a sua natureza?

Para o senso comum¹, enfermagem é: “*actividade de enfermeiro; tratamento de enfermos; conjunto de enfermeiros*” (Dicionário Porto Editora-2003, 2002). Para Atkinson *et al* (1989), citando Orem, o termo enfermagem é definido na perspectiva de prestação de assistência a pessoas que se encontram com incapacidade de poderem satisfazer as suas necessidades na área da saúde. A mesma autora, citando agora Calista Roy (1984), traduz a assistência de enfermagem, junto de um indivíduo, sua família ou sociedade onde se encontra integrado, como o cuidar e manter o bem estar nas várias dimensões: físicas, emocionais, sociais, espirituais e culturais.

Esta autora alicerça ainda as suas conclusões, nas apresentadas pelas várias organizações de enfermagem da década de 80 nos Estados Unidos e Canada em que se verifica quatro áreas fundamentais para a intervenção da enfermagem: i) manutenção da saúde; ii) promoção da saúde; iii) recuperação da saúde; iv) cuidados com o moribundo (Atkinson *et al*, 1989).

Perante o exposto parece-nos que é possível aceitar que o complexo processo do cuidar é um ponto de partida fundamental para o desenvolvimento da relação interpessoal. As citações anteriores poderão ser algo redutoras se não percebidas numa perspectiva temporal, considerando os conhecimentos e as realidades socioprofissionais do tempo em que foram produzidas.

¹ Reconhecemos que num trabalho de cariz científico, o senso comum é relevante para a nossa análise, porque ele próprio condiciona as representações sociais que rodeiam as profissões.

Antes de aprofundar as concepções de Enfermagem, pensamos que a análise dos percursos históricos da profissão nos ajudam a enquadrar as várias dimensões que pretendemos abordar.

1.1. O percurso socio-histórico da profissão

“No amanhecer da civilização, evidências prevalecem para sustentar a premissa que a educação teria sido essencial para a preservação da vida. A sobrevivência da espécie humana, portanto, está irremediavelmente vinculada com o desenvolvimento da enfermagem”.

(Donahue, 1985:2)

O nosso conhecimento e experiência de vida proporciona-nos a escolha de duas perspectivas para análise que focam a natureza da enfermagem e o seu desenvolvimento socio-histórico.

A primeira direcção é aquela que no comum nos foi transmitida na nossa formação inicial, ligando o exercício da profissão de enfermagem com os descritos de Florence Nightingale como fundadora da actual enfermagem.

Numa perspectiva de Enfermagem Moderna, ou Nova Enfermagem, esta é relatada como tendo início nos meados do século XIX. Florence Nightingale definiu enfermeira como *“uma mulher que nalgum momento está encarregada da saúde do ‘Outro’”* (Atkinson *et al*, 1989:21).

Nightingale avançou nos estudos de enfermagem um pouco antes dos seus 30 anos, aprendendo com um pastor religioso na Alemanha, com vista a cuidar de doentes vítimas da Guerra da Crimeia. Defendeu sempre a necessidade de preservar meticulosamente a higiene dos pacientes, do ambiente e do pessoal que prestava cuidados nas enfermarias. Referia nos seus escritos que a cura de determinadas doenças era ajudada por uma boa e cuidada alimentação, hidratação e repouso (Donahue, 1985).

Durante a Guerra da Crimeia verificou-se que os cuidados orientados por Nightingale no hospital conduziram à redução da taxa de mortalidade dos soldados em cerca de 40%. Foi neste tempo que se iniciaram as visitas médicas aos doentes, acompanhadas pelas enfermeiras e em que os médicos começaram a fazer as prescrições por escrito (segundo Palmer, s.d., citado por Atkinson *et al*, 1989).

A escola de Florence Nightingale que se desenvolveu em Inglaterra, formulou quatro primados para a formação e desenvolvimento das capacidades das futuras profissionais: a) o ensino deveria ser tão importante como outro qualquer ensino e ser apoiado por dinheiros públicos; b) as escolas de enfermagem deveriam estar ligadas aos hospitais mas tendo independência financeira e administrativa; c) as enfermeiras com o curso de enfermagem deveriam ser as responsáveis pelo ensino e não outros profissionais não ligados à enfermagem; d) os estudantes deveriam ter residência com bom ambiente perto do hospital (Donhaue, 1985; Atkinson *et al*, 1989).

Os tempos de aprendizagem e estágios, que decorriam nos hospitais, passaram de um ano para dois, tendo sido também desenvolvido este modelo para o além Atlântico, nos Estados Unidos e Canada, locais em que o desenvolvimento da enfermagem foi mais acelerado do que no velho continente na opinião de Donhaue (1985).

Os acontecimentos históricos relacionados com a enfermagem têm, a partir do início do século XX, quer na Europa quer nos Estados Unidos e Canada, um processo de desenvolvimento muito acentuado com a introdução do processo de enfermagem, o aparecimento das primeiras organizações de enfermagem, o registo legal da profissão de enfermagem e a introdução do ensino da enfermagem nas universidades (Adam, 1979; Atkinson *et al*, 1989).

A literatura aponta para Florence Nightingale como percursora da enfermagem. Mas muito antes dela, outros autores consideram diferentes perspectivas, ocorrendo outros desenvolvimentos que estiveram na base da definição dos eixos estruturantes da enfermagem profissional que se repercutem até aos nossos dias.

Sabe-se que as pessoas doentes, em tempos remotos e nas mais variadas culturas, necessitavam e recebiam assistência muito antes da enfermagem se ter tornado uma ocupação minimamente organizada. A história da enfermagem como processo de assistência cuidativa remonta à história da própria humanidade.

Para a historiadora Patricia Donhaue (1985), a enfermagem como hoje a conhecemos teve influências não só ocidentais mas de outras culturas em especial nos períodos que antecedem a idade média. Muitos dos cuidados de saúde na antiguidade podem ser comparados aos cuidados de enfermagem.

Da cultura Azteca pode-se inferir da existência de contributos para a explicação das doenças, os diagnósticos e a aplicação e desenvolvimento de alguns fármacos ainda hoje

utilizados (anti eméticos, anti sépticos, diuréticos e sedativos). A medicina estava dividida em cirurgia (com a forte componente do tratar) e a saúde mental e farmacologia (com a forte componente do cuidar). O mesmo se passou no continente asiático com a cultura indiana, desenvolvendo aspectos relacionados com o ‘bem-estar consigo próprio’ como forma de controlar os males e relacionando a prática da meditação terapêutica com os aspectos religiosos do hinduísmo. A cultura chinesa é considerada extremamente rica e complexa. A medicina tradicional chinesa desenvolve-se em torno de uma filosofia de vida muito própria que se estendeu ao longo de séculos e que ainda hoje permanece actual (Abreu, 2002).

O contexto islâmico é talvez o mais rico no que concerne ao desenvolvimento das ciências da saúde que se associam ao desenvolvimento da própria sociedade. Existe um espírito de missão com a preservação da vida, dos estilos de vida, muito próximos dos actuais estilos de vida saudável: tipos de alimentação, o jejum purificador não só da alma mas também do organismo e o pudor como forma de defesa para infecções. É em Bagdade, no Cairo e em outras grandes capitais do médio oriente, que aparecem os primeiros hospitais como organizações, precedendo as estruturas que hoje designamos de hospitais no ocidente (enfermarias separadas por patologias, farmácia, cozinha, ala de doentes mentais, área da formação/escola e administração), onde se realiza o ensino com determinada certificação (Donahue, 1985; Abreu, 2002).

Na mesma época, no contexto europeu (período medieval), refere Abreu (2002) que se vivia um período de alguma estagnação na área da assistência. Muitos autores consideram ter-se vivido nesse tempo um período de “obscurantismo”, embora tal ideia possa evidentemente ser discutível. A título de curiosidade, importa referir que enquanto na metrópole de Bagdade existiam sessenta hospitais, em Londres havia apenas um grande hospital. A enfermagem islâmica de então, apesar de pautada por princípios religiosos, trabalhava uma série de atitudes, instrumentos e técnicas que ainda hoje têm sentido: intervenção comunitária, cuidados aos pobres e indigentes, promoção da higiene, promoção de uma boa estratégia alimentar, organização dos cuidados...

Ainda na idade média, mas voltando ao contexto europeu, os cuidados de saúde eram também moldados por princípios religiosos, neste caso cristãos; os cuidados de enfermagem estavam ligados à ideia de caridade, dádiva e mutualismo, na figura da mulher consagrada.

Podemos passar daqui para a já referida enfermagem moderna ou *período vocacional e disciplinar*. Este período vai até aos anos 30 do século XX, onde a enfermagem é uma profissão eminentemente feminina de obediência, segundo a própria tradição militar (com autonomia profissional reduzida, ou seja, uma forte dependência do poder médico) (Collière, 1989).

Após Nightingale, surge uma nova forma de pensar a enfermagem. Atkinson *et al* (1989) explicam-na com uma mudança dos paradigmas orientadores das prestações de cuidados. Há uma mudança entre o *tratar* e o *cuidar* que têm implícitas duas formas identitárias básicas: uma aproximação ao modelo biomédico e outra ao modelo holístico. No período da enfermagem funcional, onde esta é praticada *por tarefa* (influência taylorista), houve a necessidade de atribuir aos enfermeiros algumas das competências dos médicos visto que estes últimos tiveram um aumento de umas e complexidade de outras dado o avanço das ciências.

Neste período de afirmação da enfermagem como profissão, na perspectiva de Abreu (2001), há uma aproximação ao modelo biomédico em que predomina a atenção à esfera da acção de tratar, valorizando-se a componente técnica dos cuidados de enfermagem, sendo a sua prestação realizada em função da doença e dos seus sintomas. Há uma relação estreita entre estes cuidados de enfermagem com o acto médico e as prescrições médicas. Entretanto aumenta o reconhecimento social graças à formação e ao reconhecimento jurídico. O grupo profissional dos enfermeiros passa a ter um papel activo nas direcções das organizações hospitalares. Porém, a formação era ainda muito direccionada para a acção e as técnicas, com o treino como estratégia de promoção de *performances* (perspectiva taylorista), não havendo ainda o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos aprofundado e próprio da enfermagem (Abreu, 2002).

Numa linha holística, de assistência integrada, que nesta altura começava a surgir, estava já implícito o cuidar que valoriza a relação interpessoal, as emoções e os afectos, respeitando os valores e cultura dos doentes, tendo como objectivo um bem estar global. Se por um lado se valorizou e se desenvolveu uma componente tecnicista da enfermagem, por outro, as questões relacionadas com o desenvolvimento das competências relacionais passaram a fazer parte do *núcleo duro* das ciências de enfermagem (Atkinson *et al*, 1989).

A partir do fim da segunda guerra mundial surge o que convencionou designar de enfermagem científica. Existe neste período uma preocupação, por parte dos próprios

enfermeiros, em conhecer e desenvolver os princípios científicos que estão na base das práticas; aceita-se, por analogia com outras disciplinas, que a constituição de um saber específico seria uma forma de promoção e de reconhecimento por parte da comunidade científica (Elhart *et al*, 1983).

Começa-se a substituir os anteriores princípios de caridade e abnegação por cientificidade e profissionalismo, onde as escolas com um papel activo, tentam elevar a dignidade e a imagem da própria profissão (Ellis e Hartley, 1998). Entramos no período de desenvolvimento das teorias de enfermagem, as quais tentam explicar os fundamentos da profissão, constituir um *corpus* para a prática e definir a qualidade como filosofia dos cuidados (Abreu, 2002).

O grande desafio que hoje se coloca à profissão, a nível dos contextos da prática e da formação, é a promoção da dimensão reflexiva. A prática reflexiva não é uma ideia abstracta: surge do debate e da insistência em pensar de forma sistemática as experiências profissionais.

1.2. O cuidar como paradigma

A sobrevivência do indivíduo depende do *cuidar*. É uma função eminentemente humana desde os seus primórdios: “...*velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objectivo de se reproduzirem e perpetuar a vida do grupo*” (Collière, 1989:29).

Se no capítulo anterior, a evolução histórica era dedicada à enfermagem, importa reflectir agora sobre as actividades e as práticas decorrentes do exercício profissional. O complexo processo do cuidar é um ponto de partida fundamental para o desenvolvimento da relação interpessoal no exercício da enfermagem.

A própria palavra “cuidar” faz parte dos quotidianos das sociedades e encontra-se relacionada com as necessidades humanas de apoio e ajuda. As investigações sobre o cuidado humano são uma das características principais da prática de enfermagem em definições filosóficas, teóricas e culturais (Boykin e Schoenhofer, 2001). Estes mesmos autores defendem a ideia de cuidar numa perspectiva humanista, com o conceito de

“*Personhood*”² (*ibidem*:57). As pessoas são cuidadas pela sua condição humana, momento a momento, pelo seu todo, desenvolvem-se no cuidar desenvolvendo-se capacidades para posteriormente cuidar do “Outro”. Nesta perspectiva a enfermagem é simultaneamente uma disciplina e uma profissão.

A função de cuidar determina actos, ou seja, cuidados. Estes são concretizados pelo homem para as suas mais diversas dimensões. Esta abordagem faz-se em detrimento do conteúdo real do cuidar que além de complexo, é subtil e por isso por vezes considerado invisível. Cuidamos dos nossos filhos porque estes necessitam de alguém que os cuide. Cuidamos de nós próprios porque temos capacidades e autonomia para o fazermos. Numa visão antropológica, sociológica e histórica, Braudel (s.d.), citado por Collière (1989), refere que o cuidar enquanto função serve para realizar cuidados inerentes à satisfação das estruturas do quotidiano, como vestir, comer, associar-se, dormir e sentir-se confortável.

Por outro lado, Hesbeen (2000) acrescenta que não se trata tão só de concretizar cuidados ou executar actos, trata-se de uma prática exercida numa perspectiva de cuidar, com um forte vínculo no desenvolvimento de uma relação com sentido. Uma tal prática necessita de profissionais que tenham adquirido capacidades específicas, ou tenham sido apoiados e ajudados a compreender cada indivíduo numa determinada situação complexa e irrepetível dialogando em permanência com o outro.

Este autor continua as suas reflexões propondo algumas constatações de forma a caracterizar os contextos onde decorrem os cuidados, dizendo que: “*A complexidade da prática quer seja técnica ou não, reside na atenção e na ajuda que se presta a outrem e na procura do sentido que elas implicam*” (Hesbeen, 2001:12).

Numa visão antropológica, o *homo sapiens* tem a acção de protecção reflexa perante tudo aquilo que pretensamente lhe pode causar danos. A protecção reflexa não é mais do que o cuidar e nesta visão clínica, cuidar é tratar ou prevenir a doença que leva à morte. O processo histórico e social da enfermagem acompanha a história do próprio homem enquanto “ser” que vive numa dialéctica permanente entre saúde e doença (Collière, 1989).

Collière (1989) diz-nos que às mulheres competia todos os cuidados que se realizam à volta de tudo o que cresce, no tomar conta das crianças, dos doentes e dos moribundos. Noutra orientação, a mesma autora refere que no desenvolvimento do homem,

² Não foi encontrada a tradução efectiva do termo para a língua portuguesa mas podemos assemelhar a um processo de pessoalização/humanização.

quer com a caça, quer com a guerra, os feridos seriam tratados pelos mesmos ou por outros, em quem delegassem esta responsabilidade.

Estas duas orientações vão ajudar a definir ao longo dos tempos as práticas de enfermagem: assegurar a manutenção da vida com práticas de cuidados por parte das mulheres (a figura central da actividade assistencial em matéria de cuidar) – numa perspectiva de prevenção e fazer recuar a morte e o sofrimento com práticas de cuidados asseguradas pelos homens – numa perspectiva de cuidados diferenciados. Dividia-se assim o cuidar da vida humana e o cuidar técnico e clínico (Collière, 1989).

A sociedade reconhecia um valor socialmente importante à mulher pela necessária prática de cuidados, dando-lhe um determinado valor económico, pois esta reproduzia-se ou ajudava na reprodução de homens vigorosos para a guerra ou para outros ofícios. O modelo religioso do modo de valorização social da prática de cuidar fica atribuído às mulheres consagradas, muitas vezes com filiação conventual, para servir, nos finais do século XVI, segundo Fugier (s.d.), citado por Collière (1989), como de um dom inato se tratasse.

No entanto, o poder do clero diluiu-se progressivamente como refere a história. A definição de cuidados profanos, atribuída aos cuidados prestados ao homem, deu lugar a uma perspectiva mais eclética. A prestação exclusiva de cuidados ao homem por parte de barbeiros, enfermeiros militares (que cuidavam dos enfermos vítimas de guerra) e guardas enfermeiros de prisões, veio a perder-se na história, em paralelo com a separação de poderes entre Igreja e Estado. A autora apresentada refere a descrição de Michelet de 1862, da *mulher – auxiliar do médico*, como a personagem que presta cuidados de manutenção de vida mas também que colabora na clínica e nas técnicas médicas (*ibidem*:76). A filiação passa a ser também médica. De alguma forma podemos afirmar que também (e sobretudo) nesta época, a história da enfermagem acompanha a história da medicina.

O valor social da prática de enfermagem é sempre atribuído, até finais do século XIX, a duas perspectivas. Primeiro: um valor social não económico, influenciado pelo modelo religioso. A enfermeira é um referente do valor social da necessidade de cuidados da estrutura do quotidiano (note-se que o termo “enfermagem” tem tradução do inglês *nursing* que significa também cuidar da amamentação da criança), que Hartley e Ellis (1998) caracterizam como ocupação da mulher. Segundo: um valor social e económico, influenciado pelo modelo médico. A enfermeira é uma mais valia para o médico, pessoa

que o substitui em tarefas menos complexas, dando ordens e valorizando o conteúdo funcional através das competências técnicas que lhe vai desenvolvendo. Apesar de ser um trabalho remunerado, na perspectiva de Ellis e Hartley (1998), citando Flexner (1915) e Pavalko (1971), não se podia falar ainda das *características de uma profissão*.

Daqui surge, segundo Collière (1989), o movimento de profissionalização da prática de enfermagem. Considera-se que este teria sido desencadeado com a formação, nos finais do século XIX, a partir dos esforços de Florence Nightingale em Inglaterra, e nos princípios do século XX com a abertura de escolas de enfermagem nos Estados Unidos, Canada e um pouco por toda a Europa.

O reconhecimento das posições de identidade profissional dos enfermeiros, defendidas por Collière (1989), leva-nos a assumir que os cuidados de enfermagem eram identificados, enquanto prática, numa dupla atitude: o cuidar humano e o cuidar técnico, sem no entanto se enveredar pelos modelos biomédicos de prestação de cuidados. Entretanto, e perante as perspectivas de outros autores já referenciados, parece-nos que a visão de Collière poderá ser algo redutora. Hesbeen (2001) afirma que o cuidar, relacionado com o *corpo sujeito*, carece de um perito, que ao encontrar aquele que precisa de ajuda, saiba acompanhá-lo no caminho para a promoção da sua saúde.

Da enfermagem de ocupação à enfermagem de profissionalização

As abordagens históricas que se referenciaram anteriormente levam-nos a pensar que houve um período em que a enfermagem, como prática de cuidados, era identificada como uma ocupação com determinado valor social, cultural e económico mas não na perspectiva de profissão como hoje é definida.

A reflexão de Bento (1997) remete-nos para a seguinte faseologia do processo de evolução da enfermagem desde ocupação a profissionalização: uma fase pré-profissional, em que há uma ligação da prática de cuidados identificada com a mulher; um modelo religioso para a prática de cuidados; uma fase profissional em que a prática se encontraria centrada no ambiente e sistema e outra centrada na pessoa que evoluiu para uma abertura sobre o mundo.

Para Soares (1993), num estudo sobre a história da enfermagem no contexto português, a falta de profissionalização da enfermagem (nos anos quarenta do século vinte) devia-se a:

- Falta de um corpo de conhecimentos;
- Trabalho exercido por vocação;
- Impedimentos legais com falta de legislação;
- Baixa formação dos prestadores;
- A função pretendida que era ajudar.

A dimensão social da profissão ficaria condicionada no passado por ser ocupada por mulheres, tradicionalmente conotadas com um trabalho de menor complexidade. No entanto nas últimas décadas, a mulher conquista um papel social mais activo, com expectativas em relação à sua profissão e ascensão pessoal e profissional. Até ao século XIX não se remunerava a ocupação do cuidar, não se atribuía o valor social do cuidar enquanto ocupação, visto que era parte efectiva da actividade humana e diária da mulher, era tão simplesmente uma condição e exigência humana que alguém tinha de o fazer (Collière, 1989; Abreu, 2001).

Elhart *et al* (1983) entendem que a enfermagem se encontra numa fase de profissionalização, após ter consolidado no passado as suas dimensões de ocupação. Segundo estas autoras, a profissionalização passa pela identificação de um corpo de conhecimentos associado ao exercício da enfermagem e que é transmitido em documentação que resulta de reflexões sobre a prática profissional através do desenvolvimento da investigação. Bastos e Magão (2001) referem que a esta profissionalização esteve associado um forte investimento nas áreas de ensino, seguindo-se historicamente as áreas da gestão e das práticas de cuidados, através da investigação.

Benner (1984) explica que os aspectos de melhoria da qualidade das práticas, relevantes no processo de profissionalização, estariam dependentes das reflexões sobre o que ela denomina de conhecimento prático, ou *common meaning*, o qual é reconhecido, na sociedade, como prática do enfermeiro.

Ellis e Hartley (1998) dizem-nos que a visão popular de se *ter uma profissão* é descrita como a pessoa que *tem uma ocupação*. Estes mesmos autores vão dando as suas

impressões no que refere aos sentimentos que os que se acham profissionais lutam pelas melhorias de desempenho e pretendem a dignificação da profissão de enfermagem. Citando Pavalko (1971) (*ibidem*:19), este distancia ocupação de profissão quando esta última obedece às seguintes características:

- *Possuir um corpo de conhecimentos bem organizado e bem definido que esteja em um nível intelectual e que possa ser aplicado às actividades do grupo de pertença;*
- *Ampliar o corpo de conhecimentos sistemático e melhorar o ensino e os serviços através do uso da metodologia científica;*
- *Formar os seus profissionais em instituições de ensino superior;*
- *Funcionar de maneira autónoma na formulação de políticas profissionais e no controle da actividade profissional;*
- *Criar dentro do grupo um código de ética;*
- *Atrair para a profissão um grupo de indivíduos que reconheçam esta profissão como o trabalho de suas vidas e que desejam contribuir para o bem estar da sociedade através do servir ao outro;*
- *Lutar para garantir autonomia, desenvolvimento profissional continuado e segurança económica dos profissionais.*

Benner (1984) refere a existência de perspectivas que colocam em causa o reconhecimento da enfermagem como profissão. De facto, no âmbito da sociologia das profissões existem diversos estudos que falam de uma semi-profissão, devido ao facto da enfermagem ter necessidade de partilhar a autonomia no seu espaço de trabalho e da sua constelação de saberes. Para Benner (1984), isto não seria propriamente um problema uma vez que contribuiria para o enriquecimento dos conteúdos profissionais. Quanto à segunda dimensão apontada por Pavalko, a história das pesquisas no campo da enfermagem remete-nos para 1912; estas constituem prova evidente que o exercício profissional do enfermeiro tem sido alvo de variadíssimos estudos, dentro ou fora das suas práticas (Ellis e Hartley, 1998; Basto e Magão, 2001; Abreu, 2001).

Não há, ainda nos dias de hoje, uma convergência sobre o conceito de enfermagem. Porventura porque é legítimo considerar vários. Uma das vertentes comuns a todos eles é o

estabelecimento de um quadro de responsabilidades decorrentes da própria natureza da enfermagem enquanto profissão. Por exemplo, para Virginia Henderson a enfermagem consiste em “... *assistir o indivíduo, doente ou sadio, no desempenho daquelas actividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação (ou para a sua morte tranquila) que ele seria capaz de realizar sozinho, caso tivesse a força e a vontade necessária, o desejo ou o conhecimento. E deve fazê-lo de tal modo a auxiliá-lo a adquirir a independência o mais rápido possível*” (in Ellis e Hartley, 1998:16). Está implícita nesta perspectiva a existência de uma constelação de responsabilidades específicas que caracterizam a enfermagem enquanto profissão.

Esta perspectiva da profissão caracteriza os cuidados de enfermagem como sendo um conjunto de intervenções realizadas por profissionais enfermeiros, dependentes da identificação de um problema no utente, traçados objectivos e/ou resultados que se pensa alcançar, executados segundo critérios científicos, técnicos e humanos e avaliados perante um plano previamente traçado (Ellis e Hartley, 1998). Adam (1979) já tinha referenciado estes passos como o método de resolução de problemas num processo de enfermagem aplicado ao cuidar.

Para Ropper *et al* (1981), a enfermagem está relacionada com as dificuldades das pessoas em executar as actividades de vida diária no sentido de satisfazer as suas necessidades. A enfermagem seria essencialmente uma relação de mudança recíproca e dinâmica entre o doente e o enfermeiro. As funções de ajuda são contributos para que o doente possa cumprir, com o auto cuidado, as suas actividades de vida diária.

Uma outra definição de enfermagem, da qual comungamos, é a que nos é dada pela própria Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) em 1991 (H.D.A., 1992, em documento interno hospitalar, fotocopiado): “*A Enfermagem é simultaneamente uma arte e uma ciência que requer a compreensão e a aplicação do conhecimento e saberes próprios da disciplina. Inclui igualmente conhecimentos e técnicas oriundas das ciências humanas, bem como da psicologia, sociologia, medicina e ciências biológicas*”.

Diz-nos ainda Abreu (2001) que os cuidados de enfermagem são o produto da intervenção profissional dos enfermeiros junto do utente, o sujeito desses mesmos cuidados. Cabe-nos ainda referir que estes cuidados, tendo como foco a promoção de projectos pessoais de saúde, visam a prevenção da doença, incremento de processos de readaptação, satisfação das necessidades humanas básicas e que se inserem num contexto

sistémico de actuações multiprofissionais que é preciso ter em consideração, mas em que a tomada de decisão, referente a aspectos de produção independente, cabe sempre ao enfermeiro (O.E., C.E., 2001)

Hesbeen (2001) acrescenta que os cuidados de enfermagem correspondem ao *pensar a acção* numa perspectiva de cuidados, sendo este o fundamento de toda e qualquer prática humana que tenha por objecto, não o doente, mas sim a atenção às pessoas e a eventual ajuda que pode daí resultar. Este autor considera o doente ‘um sujeito de acções’ fruto de uma intervenção em que *se pensa e se age*. Os cuidados são assim uma co-criação no desenvolvimento do trabalho do enfermeiro na relação com a pessoa com quem este se relaciona. Nesta perspectiva, a enfermagem implica acção e reciprocidade entre quem cuida e quem é *corpo sujeito* desses mesmos cuidados, não a ideia de *corpo objecto*.

Para Johns (2000), os aspectos filosóficos da construção da prática de enfermagem lançam um novo paradigma. Estar disponível é a essência de uma prática holística e efectiva, respondendo à pessoa, intervindo com uma acção apropriada, conhecendo e gerindo o seu “*self*” com o cuidar da relação e criando o ambiente para uma prática de suporte reflexivo com o doente.

É esta relação interpessoal do cuidar que é defendida por Watson (2002), que a faz depender de um conjunto de processos: um compromisso moral; da interacção e vontade do enfermeiro; deste compreender e detectar sentimentos; de avaliar e de verificar a forma como os outros estão no mundo; a sua própria forma de estar e a sua própria história de vida; activar o seu crescimento através do conhecimento e sensibilidade do próprio e do vasto sistema de valores da humanidade. Parece-nos haver uma reinvenção da compaixão, espírito de missão, dádiva e mutualismo.

1.3. Processos identitários dos enfermeiros

“A identidade profissional dos enfermeiros é um produto de um processo amplo de socialização profissional”
(Abreu, 2001:16)

Neste subcapítulo pretendemos abordar alguma da problemática da identidade profissional dos enfermeiros relacionando-a com a sua formação e práticas, competências e conhecimentos, afirmação profissional e representações.

Como o já fizemos anteriormente, socorremo-nos do Dicionário de Língua Portuguesa-2003 (2002) para encontrarmos um significado, em senso comum, da palavra identidade: “*qualidade de idêntico; paridade absoluta; reconhecimento de que um individuo é aquele que diz ser ou que é aquele que outrem presume que seja – do latim identitáte*”.

Existem várias perspectivas teóricas sobre identidade profissional: psicossociológica, psicanalítica, psicológica, sociológica, fenomenológica e interpretativa. Considerando o objecto e âmbito deste estudo, abordarmos com algum pormenor a sociológica e a fenomenológica.

Para Dubar (1997), identidade é o resultado provisório ou estável das as interacções que o individuo desenvolve com o meio ambiente, através de processos múltiplos de socialização. A identidade articula o individual e o colectivo, o objectivo e o subjectivo, ou seja, é algo que se situa a nível do sujeito mas que se encontra em permanente reconstrução. A identidade pessoal vai intercalando com a identidade social, em tensões internas e externas ao indivíduo. Sendo assim, a informação que o individuo tem de si é dada pela imagem de si próprio e pela imagem que entende que os outros constroem de si.

Este mesmo autor entende que o processo de construção de identidades se fundamenta nos percursos sociais dos indivíduos; neste sentido, assumem particular relevância os contextos específicos em que esses percursos se vão concretizando. Assim sendo, esses espaços de identificação são configurados, no que respeita às identidades profissionais, pelos respectivos contextos organizacionais, designadamente pelo universo das problemáticas inerentes ao trabalho.

Morley (1982), citado por Abreu (2001), define a identidade social como a imagem social que o sujeito tem de si enquanto profissional e elemento de um grupo social, com quem interage e com quem mantém relações de dupla influência no processo sócio histórico da profissão de enfermagem.

Ao referenciarmos a identidade profissional do enfermeiro, não podemos deixar de ter em atenção a aproximação profissional e estratégica, que obrigatoriamente acontece nos contextos da prática e aconteceu ao longo do processo histórico. Abreu (2001) entende que a dimensão socio-estratégica da enfermagem, relacionada com as suas práticas, formação e identidade, está sempre dependente da estruturação dos diversos sistemas com que a profissão e os profissionais se relacionam.

Se analisarmos a actualidade da identidade do enfermeiro parece-nos oportuno indicar algumas contradições que normalmente se identificam: a formação que possuem não se coaduna com o papel social que desempenham; a procura da independência em relação à classe médica e as estratégias realmente desenvolvidas; ênfase da atenção dirigida ao utente mas, por outro lado, o afastamento de certas funções assistenciais e aproximação deliberada às funções de gestão. Para além disto, as problemáticas com que se confronta a profissão podem estar na origem de mobilidades socio-psicológicas muito acentuadas, o que por sua vez pode suscitar a ocorrência de mobilidades identitárias (Abreu, 2001).

Numa perspectiva de modelo biomédico de exercício já relatado, a enfermagem enquanto grupo profissional, como nos faz realçar Carapinheiro (1998), vai sentindo condicionalismos evidentes na sua autonomia profissional, dado que a sua actividade se desenvolve integrada num processo produtivo organizado em torno de vários poderes (médico, administrativo, enfermagem, doente/sociedade).

Dando ênfase aos saberes e à formação, Dubar (1997:50) diz-nos que: *“Aqueles que exprimem uma identidade profissional e consideram o trabalho como uma especialidade que os define inteiramente, apenas concebem a formação como um aperfeiçoamento da sua especialidade. Os saberes técnicos são os únicos valorizados, porque permitem esta progressão ao longo de uma carreira estruturada em níveis e que deve conduzir à excelência da arte”*.

Ora, parece-nos que os saberes técnicos estiveram desde sempre associados à medicina, sem que no entanto uma formação de natureza técnica negue o investimento numa vertente humanista (Abreu, 2001). Neste sentido, o paradigma médico e o paradigma humanista não seriam obrigatoriamente opostos.

Referimos já algumas reflexões históricas que terão contribuído para a compreensão da configuração socio-profissional da enfermagem. Por exemplo, o desenvolvimento tecnológico terá deixado de ser um apanágio das ciências médicas – muitas outras profissões da área da saúde, como por exemplo a enfermagem, usufruíram da sua utilização e do seu domínio. Associada a uma dimensão tradicionalmente humanista que a enfermagem desenvolveu, surge também uma forte componente técnica, que esta foi beber a um vasto campo dos conhecimentos científicos, tornando-a uma disciplina plural, com saberes próprios mas também com saberes oriundos de outras ciências (Abreu, 2001).

Bento (1997) refere-nos que o facto de haver uma evolução teórico-prática do exercício da enfermagem não indica que não possa haver uma crise identitária dos enfermeiros, que se revela quando estes pretendem definir as suas próprias práticas. No entanto, nas conclusões do seu estudo, situado na perspectiva dos alunos de enfermagem, refere-nos que os enfermeiros têm uma identidade construída e uma autonomia percebida. Estas duas dimensões estão dependentes de uma aproximação identitária a um grupo de pertença.

Para Sansaulieu (1997), o trabalho ou exercício de uma profissão transfere para o actor uma identidade que assenta em representações colectivas distintas, dentro de uma determinada organização, mas ao mesmo tempo intervenientes no sistema social da empresa à qual os grupos se identificam. A pessoa é reconhecida em termos do seu exercício profissional, quer dentro das organizações do trabalho, quer na própria sociedade onde este vive.

O papel da imagem de si na sociedade é de extrema importância para a dinâmica sociocultural e para a sua dimensão pessoal e interpessoal. O enfermeiro, profissional com uma identidade, sistémica e em construção permanente, transforma a representação de si próprio no contacto com o ‘outro’ através da acção social nos contextos empíricos. Esta acção pode ser traduzida por saberes específicos e constelações de competências, considerando competência “*an interpretively defined area of skilled performance identified and described by its intent, function, and meaning*” (Benner, 1984:292).

Na perspectiva de Canário *et al* (1996) a competência é um repertório de conhecimentos, de capacidades e de princípios de valorização profissional, que o indivíduo traz para a sua ocupação e se desenvolve através dela. As competências não são conjuntos de saberes acumuláveis sem referências empíricas. O desenvolvimento de competências encontra-se intimamente ligado à identidade profissional já que a configuração identitária nada tem de estático mas sim algo dinâmico e inacabado em articulação permanente com os contextos de acção.

Ainda este autor, citando Lise Demailly, considera que a competência será um conjunto de saberes que se vão adquirindo e que constituem um stock de recursos a mobilizar sempre que necessário, ao contrário da qualificação. Esta é uma terminologia na esfera dos títulos e graus académicos que atestam formalmente a capacidade de alguém exercer uma determinada actividade (Canário, 1999).

Costa (2000) diz-nos que a competência profissional está relacionada com os actores envolvidos e envolventes, contexto onde se inserem e a dialéctica entre acção e o saber. Este saber é um constructo individual fruto de investimentos pessoais que passam pelo processo de reconhecimento de si numa determinada área dos saberes.

Arthur e Thorne (1998), em estudos dirigidos a estudantes duma universidade do Canadá, referem que a auto-imagem dos profissionais é mais elevada se desenvolverem, na altura da transição entre a situação de estudante para profissional efectiva, novas competências, acompanhadas com mudanças a nível dos valores, dos saberes, das atitudes pessoais e profissionais, auto-estima e auto-conceito que levam ao que denominam de uma *identidade profissional positiva*.

Estes autores afirmam que esta realidade está associada a factores tais como: a mudança dos papéis da mulher na sociedade, sua socialização e formação geral e profissional; mudanças do estatuto organizacional do próprio exercício da profissão de enfermagem; aquisição de novos saberes e competências derivadas da ênfase na relação afectiva entre enfermeira e doente; aspirações profissionais das enfermeiras; processos de desenvolvimento de auto-estima; reconhecimento social por parte dos doentes e suas famílias; reconhecimento por parte de outros grupos profissionais paralelos; aceitação, por parte das organizações hospitalares, destas profissionais com competências específicas nas áreas da relação interpessoal, que a sociedade vem exigindo do sistema de saúde.

Abordam também a situação da formação profissional que começa a alicerçar uma identidade, quando o indivíduo, com o objectivo de se integrar nas estruturas do mundo do trabalho, faz as suas primeiras escolhas profissionais e começa a configurar as suas práticas.

Abreu (2001) nos seus estudos sobre a identidade profissional dos enfermeiros, resume algumas das suas conclusões parcelares, dizendo que as representações negativas sobre a enfermagem por parte da sociedade, a existirem, podem ter como explicação a ideia de deficiente formação académica atribuída aos enfermeiros, problemas a nível dos contextos organizacionais, ligação da prática à mulher e imagem deturpada que por vezes passa pela comunicação social.

Este mesmo autor revela no entanto que tendo sido dada visibilidade à ideia de uma enfermagem científica, a sociedade tem vindo a demonstrar uma franca mudança de opiniões relativas aos desempenhos dos profissionais. O quadro de saberes,

responsabilidades e competências dos profissionais, associado à criatividade, coesão da classe e o reconhecimento legal de um poder (“saber”), foram mais valias para as modificações que se têm vindo a verificar a nível das representações por parte da sociedade e dos utentes.

O conhecimento e a aplicação desse mesmo conhecimento na transformação da vida em sociedade são apanágio de uma diferenciação positiva da identidade e do respectivo reconhecimento social. Hesbeen (2001) questiona sobre a vantagem de determinado conhecimento e de competências técnicas se estas não se reflectirem em mais-valias para a assistência em matéria de cuidados de saúde.

Para Abreu (2001), o conhecimento não é suficiente para o desenvolvimento das práticas profissionais; é necessário que os profissionais desenvolvam processos de motivação, auto-conceito e auto-estima positiva. Um elevado conceito de si, níveis mais consistentes de segurança e um maior envolvimento na vida das organizações pode estar na origem de maior abertura para os processos de mudança.

Há que acrescentar a esta ideia a posição de Hesbeen (2000), que refere que os enfermeiros devem compreender a grandeza do seu profissionalismo. Enquanto *cuidadores* numa sociedade de trabalho, realizam algo que tem de ser feito, com mais ou menos complexidade. São actos relevantes e reconhecidos como tal sob o ponto de vista social. Exige-se reflexão, competência e responsabilidade aos profissionais, no quadro destas actividades assistenciais.

Para Abreu (1997:153), “..., o contacto com a comunidade insere o enfermeiro numa cultura profissional única, onde se cruzam diferentes representações sobre a profissão, diversas ideologias profissionais e estratégias de negociação com o poder médico”. Neste sentido, não parece pertinente dicotomizar a medicina e a enfermagem, o que obviamente não nega as diferenças a nível das identidades e conteúdos profissionais. A definição de categorias identitárias, os seus critérios e processos, têm de ser analisados e reflectidos à luz do contexto e no interior das experiências sociais. No estudo que desenvolveu, concluiu que os enfermeiros se aproximavam do *paradigma médico de orientação humanista* (Abreu, 2001:287), o qual pressupunha a convergência de competências de natureza técnica com preocupações de ordem ética e humanista.

2. CONTEXTOS E PROBLEMÁTICAS PROFISSIONAIS

“Cabe a cada indivíduo construir e definir as suas competências. Tem de saber usar os seus recursos”.

(Hesbeen, 2001:73)

Podemos referir, porque o sentimos enquanto profissionais, que a enfermagem actual atravessa momentos conturbados quer seja na prestação de cuidados, quer a nível da gestão e do ensino, considerando a necessidade de preservar as autonomias e as respostas profissionais de qualidade.

As problemáticas vivenciadas são fruto da particularidade de contextos, da natureza das práticas clínicas e da emergência de um conjunto variado de dimensões, que são transversais ao desempenho dos profissionais de saúde.

Os utilizadores dos serviços de saúde estão cada vez mais exigentes, realidade que decorre do próprio desenvolvimento socio-político da saúde e do conceito de utente como cliente de um serviço. As ciências de saúde e ciências da vida, ao mesmo tempo que desenvolvem apetrechos técnicos sofisticados, enaltecem as actividades humanas e humanizantes dos seus profissionais. A esperança de vida tem vindo a aumentar exponencialmente e muitos dos profissionais não se encontram verdadeiramente preparados para o desenvolvimento das suas actividades em áreas como por exemplo a geriatria, a oncologia ou a emergência médica.

A formação profissional não se realiza só para dar entrada numa profissão. Acreditamos que ela acontece ao longo da vida como uma exigência dos tempos modernos e que está intimamente relacionada com processos de mudança. A mudança só pode ser efectivada em contextos onde os actores participem na sua autoformação.

Hoje em dia, o enfermeiro deve estar preparado para responder às mudanças que as instituições de saúde vêm sofrendo e para se adaptarem às exigências dos seus utilizadores. Existem, a nosso ver, um conjunto de problemáticas reveladoras de constrangimentos no desenvolvimento dos enfermeiros. Tanto o ensino como os processos de investigação em ambiente clínico pressupõem uma formação específica assente na actividade clínica. A formação deverá, neste sentido, ser acompanhada em paralelo com a carreira profissional. O campo da formação profissional encontra-se cada vez mais ligado a desenvolvimentos

mais relevantes de regulação social, realizando intervenções ao nível das organizações, da humanização das sociedades e formação de um percurso ao longo da vida. Mais do que formar exímios profissionais aceitamos ser necessário formar também cidadãos para uma transformação dos modos de pensar da formação e dos processos de trabalho. Existe assim uma nova maneira de ver a educação que se traduz em consequências ao nível da forma de se considerar o papel único da formação na esfera da concretização de mudanças (Canário, 1995).

Apraz dizermos que longe vai o tempo em que para se obter a profissão de enfermagem se desenvolviam “aptidões” em sala de aula, passíveis de “aplicação” nos contextos da prática, com base numa racionalidade meramente técnica (Costa, 1998). Por outro lado, é hoje aceite que a formação do enfermeiro não termina quando este conclui o seu curso: há um *continuum* entre a formação básica e especializada, entre os saberes mais simples e os mais complexos, entre a atenção geral e o cuidado particular. Para tal, contribui uma das exigências mais determinantes do nosso tempo: a busca da qualidade (Hesbeen, 2001).

2.1. Trajectos de formação

“...a excelência das organizações, a segurança dos cuidados, o respeito pelas dimensões éticas e mesmo a disposição para aprender ao longo da vida, são processos que não se podem dissociar das experiências clínicas”.
(Abreu, 2003:9)

Pensamos ser importante abordar o desenvolvimento da formação inicial do futuro profissional: do ontem ao amanhã e uma referência à escola que “ensina” o aluno a desenvolver competências reflexivas. Assim pretendemos explicitar como o desenvolvimento pessoal e o desempenho profissional se interpenetram, permitindo configurar um conjunto de princípios e de estruturas cognitivas. Na nossa perspectiva, a construção de saberes decorre sempre de um processo de aprendizagem.

O desenvolvimento da formação profissional, com a construção de um quadro de representações pessoais e profissionais, pode ser enriquecido através de uma perspectiva reflexiva, ou seja, desenvolvendo as suas práticas à luz da reflexão permanente sobre as

mesmas. Nesta medida, as implicações da reflexão no processo da acção são determinantes para o crescimento nas dimensões pessoal e profissional (Sá-Chaves, 1997).

A “escola de enfermagem” forneceu ao longo dos anos várias formas de preparação profissional. Mourão (1991) refere-se muitas vezes às escolas de enfermagem de Coimbra, nos anos 40 do século XX, como locais de eleição para preparar futuras enfermeiras com um espírito de missão, compaixão, mutualidade, dádiva ao Homem, apostadas em servir o seu semelhante e saber “ajudar o médico no exercício das suas técnicas”. É esta a perspectiva da escola enquanto “fábrica de pessoas para reproduzir o sistema”, numa visão do Estado Novo, segundo as reflexões deste autor. A aprendizagem das técnicas decorria no hospital-escola, com a presença do médico tutor e o enfermeiro-mor ou superintendente. O mesmo autor refere que o ensino da enfermagem cresceu no quadro de uma cultura quase que conventual.

Para D’Espiney (1996), o desenvolvimento do ensino da enfermagem inseriu-se no paradigma da racionalidade técnica, o qual serviu de referência para a educação e socialização dos então futuros profissionais de enfermagem, operando ao nível dos saberes, com uma divisão básica entre teoria e prática. A teoria aprendia-se na escola e a prática nos hospitais. O ensino da enfermagem radicava assim em duas vias dicotómicas, paralelas e sem se cruzarem, de aquisição de conhecimentos: uma via simbólica atribuída aos saberes teóricos e, uma via material remetendo o aluno para um saber prático dado pela repetição das experiências. Com estas atitudes, pretendia-se também iniciar o processo de socialização do enfermeiro, em que este deveria conhecer a teoria, relacioná-la com as pessoas, saber as técnicas e desenvolvê-las. Assim, era necessário treinar procedimentos até ao máximo de rigor, adaptar-se ao trabalho e à orgânica do serviço ou unidade hospitalar.

No entanto aceitamos que não podemos ficar nesta ambiguidade de discurso. Como nos diz Correia (1996:9): *“A análise das relações entre o mundo da formação e o mundo do trabalho não pode pois apoiar-se na aceitação acrítica da ausência de relações entre ambos, mas terá de questionar as ideologias que pressupondo esta ausência, postulam que o reforço destas relações constituiria a ‘chave mestra’ da resolução de um conjunto de problemas sociais que penalizam fundamentalmente aqueles que abandonam, mesmo que provisoriamente, o mundo da formação”*.

O ensino da enfermagem passou de ensino médio para ensino politécnico, com a atribuição do grau de licenciatura. Com esta transição, também os processos de socialização e desenvolvimento profissional foram mudando em paralelo com as transformações operadas ao longo do tempo (Asseiro, 2001).

No contexto do desenvolvimento de estratégias para um ensino de qualidade, tem-se verificado o apelo à promoção de práticas baseadas na reflexão. Na opinião de Bento (1997), esta perspectiva verifica-se não só no ensino clínico como também no desenvolvimento dos vários actores, visto que todos são chamados a um trabalho de reflexão conjunta e de responsabilidade partilhada.

Canário (2000) afirma que os processos de socialização do trabalho começam precisamente na escola, ou nas suas palavras, na formação inicial, em especial quando se trata de um ensino de via profissionalizante. O património da identidade profissional já possuía uma certa disposição para a formação contínua. Esta formação veio a sofrer mudanças tendo em conta os contextos históricos e sociais: a alfabetização de adultos, o desenvolvimento das competências dos profissionais, a formação em contexto de trabalho, a formação informal. É a aprendizagem centrada nas realidades e sentido das experiências de vida, a qual permite reconhecer as dimensões formativas dos problemas ou mesmo vivências do quotidiano.

Nos olhares críticos que muitos autores lançam à escola, identificamos com alguma frequência a revalorização epistemológica da experiência. Schön enfatiza os processos experienciais a partir da reflexão sobre a acção. Kolb, relatado por Abreu (2002, 2003), descreve o processo de aprendizagem e as determinantes do contexto, colocando a experiência no centro do debate sobre o desenvolvimento global de competências. Este seria o produto da convergência de quatro tipos diferentes de competências: conceptualização abstracta, observação reflexiva, experimentação e acção concreta.

No contexto de uma filosofia de aprendizagem ao longo da vida, o investimento estratégico na formação inicial conduz inevitavelmente à ideia de formação contínua, estando por sua vez esta associada à revalorização dos processos de formação inicial (Canário, 1997).

A Carta Magna, da educação e formação ao longo da vida (1998), surge duma necessidade de adaptação a novas realidades a nível nacional, repercutidas das mudanças europeias e os fenómenos de novas culturas onde a discussão de opiniões é necessária,

quer sobre a temática da formação quer sobre a de valorização da constelação de diversidades da Escola no seio da sociedade portuguesa. Nesta perspectiva, este documento assume uma posição frontal aos dogmas do conhecimento formal e a separação entre o sujeito que sabe e o que pratica. Assim, reconhece que a sociedade da informação e do conhecimento surge duma análise aos fenómenos de competitividade, de civilidade, da interdisciplinariedade, da procura da excelência, da cooperação e da oportunidade.

Numa visão de optimismo, a Carta Magna (1998), lança ainda um desafio para uma redefinição dos princípios de formação para a vida, num verdadeiro acto de criação em que os princípios básicos apontam para:

- *“Educar e formar para a cidadania;*
- *Educar e formar para a liberdade e a autonomia;*
- *Educar e formar para os valores e a solidariedade;*
- *Educar e formar para a ‘era tecnológica e cultural’;*
- *Educar e formar para a preservação do ambiente e a cultura da terra;*
- *Educar e formar para a criatividade e a inovação;*
- *Educar e formar para o desenvolvimento harmonioso (ibidem, 1998:21).”*

Também a Declaração de Bolonha (Junho de 1999), apesar de sujeita a múltiplas opiniões, salienta o facto da aprendizagem ao longo da vida ter vindo a ser enfatizada. As instituições vão abrindo-se a novos públicos sendo assim necessário entender um conjunto diverso de necessidades e de respostas a dar. São exemplos válidos destas respostas a dar, a creditação da formação anterior, quer seja formal ou informal e a experiência.

A actualidade caracteriza-se por uma crise profunda a nível do mundo do trabalho. A formação neste contexto está associada a uma crescente margem de incerteza. Tende a transformar-se num processo de acumulação de saberes sem tradução evidente na prática. Nos contextos da prática, por sua vez, convergem três realidades: o incremento da mobilidade profissional, a desactualização permanente da informação e a mudança. Logo torna-se necessário transformar a lógica de acumulação numa lógica de mobilização e transformação local dos saberes. Pode-se dizer que a formação com vista a uma profissão é estruturada em torno de cinco problemáticas evidenciadas por Canário (2000): formação e

especialização, formação e socialização, formação e pesquisa e formação e identidade profissional.

Canário (2000) refere ainda que a concepção da formação tem vindo a situar-se no âmbito das necessidades ou, como é comum dizer-se, da ‘identificação ou levantamento de necessidades formativas’. O facto de se desejar estabelecer programas de formação adaptados às necessidades com vista a ter resultados com rigorosos mecanismos de avaliação faz surgir algumas dúvidas. Uma delas é relatada no parágrafo anterior referente à incerteza e transformações das sociedades do mundo do trabalho. A segunda reside na objectividade da identificação das necessidades de formação do trabalhador no referido contexto, tendo em atenção a multiplicidade de factores que podem intervir na existência real e objectiva de lacunas individuais.

A formação em enfermagem, ao revestir a natureza de formação para uma profissão, ganha pertinência acrescida, pois o desafio passa a ser o de preparar os estudantes para uma elevada capacidade de adaptação às diferentes situações profissionais, que acabarão por surgir no percurso de vida de cada enfermeiro (D’Espiney, 1996).

Os contextos de aprendizagem são diversos e têm de ser equacionados na sua forma de integração na formação profissional. Parece-nos existir ainda uma grande dicotomia entre Escola e Hospital. A diferença reside nos seus actores e na lógica de ambas as dimensões. Por um lado, um professor enfermeiro que é um perito no conhecimento fundamental, por outro, um enfermeiro/orientador que é também perito mas no encontro e acompanhamento do outro. A dificuldade dicotómica reside na relação que se estabelece com os dois (Hesbeen, 2001).

Para Abreu (2003) a aprendizagem em contexto clínico implica que se desenvolvam procedimentos sistematizados de acompanhamento e de reflexão com vista ao incremento de uma função cognitiva, não deixando de lado os factores ideológicos, culturais, psicológicos ou mesmo biológicos. O desenvolvimento dos saberes depende do contexto da acção mas é mediado também pela estrutura cognitiva do indivíduo. Este, ao longo do seu trajecto de vida, desenvolve uma experiencição individual com um determinado significado. O desenvolvimento, como matriz de competência, passa pela maturidade pessoal, onde os processos de simbolização se repercutem à experiência de vida, onde algum alocentrismo é fundamental e em que a autonomia leva à estabilidade,

não estática, mas sim com processos de desenvolvimento traçados objectivamente (Sá-Chaves, 2000).

Se pensarmos em reconhecer a necessidade de uma proximidade efectiva entre os contextos hospital/escola, apesar de estarem em lógicas diferentes, encontramos autores que referem as parcerias entre as instituições envolvidas para atingir uma articulação necessária. Wilkin e Sankey (1994:8), que apesar de se encontrarem em contextos das ciências da educação, referem que: *“The relationship between the training institutions and their associate schools has been moving toward one partnership, a term which has come to exemplify a shared, equal and complementary responsibility for the preparation of new recruits to the profession”*.

Kroll (1998) refere que a ideia de parceria, tem de ter por base a aproximação, pois refere-se a organismos e lógicas diferentes que se juntam e se articulam em relações mutuamente benéficas. Este mesmo autor descreve muitos dos benefícios decorrentes destas práticas quer para as instituições envolvidas quer mesmo para o aluno. Os estudos por ele apresentados revelam que os êxitos dependiam das práticas de cooperantes. Estes, apesar de integrados no sistema de uma instituição, detinham conhecimento orgânico-estrutural da outra, com vista a efectivar a concretização dos objectivos da escola e do projecto pessoal do aluno em estágio clínico, tendo um reflexo positivo na qualidade de ambas as organizações.

Estes cooperantes proporcionam aos estagiários uma supervisão realista e prática, ajudando-os a conjugar a influência de uma escola “mais teórica” com a promoção de experiências de aprendizagem centradas nos problemas da prática (Proctor, 1994).

Partir de uma concepção da formação centrada no exercício profissional pressupõe aceitar que o desenvolvimento profissional é influenciado por uma multiplicidade de factores que nos parece transcenderem a preparação formal e académica para a respectiva profissão. O conjunto destas influências implica a transformação da própria identidade profissional e de elementos de ordem individual, como sejam as concepções, ideias, perspectivas e estratégias, valores, atitudes e opiniões que fazem acerca de si. Isto faz com que o agente ou sujeito identitário modifique as suas representações, a auto-estima, a satisfação profissional e a aceitação dos posicionamentos dos outros face à sua estrutura e representação de si próprio. As relações interpessoais ficam apoiadas por um assumir de certo estatuto e que é determinante em termos profissionais. Existe um amplo número de

transacções ecológicas que pontuam este desenvolvimento formativo (Sá-Chaves, 1994; Abreu, 2001; *ibidem*, 2003).

Abreu (2003), reportando-se às transacções ecológicas, refere que: “*No desenvolvimento dos processos de supervisão deve destacar-se com particular ênfase a dimensão ecológica do acompanhamento dos sujeitos em formação (ibidem:19)*”. Parece-nos uma afirmação que tem todo o cabimento não só para alunos em estágio clínico, como também para profissionais em exercício.

Hesbeen (2001) aborda a formação de enfermeiros em três grandes linhas fundamentais. A primeira refere-se à formação para a prática de cuidados generalistas em que o aluno ou profissional a ser integrado numa unidade é levado a pensar a acção numa perspectiva de cuidados. Pensar porque implica simplicidade e dúvida, com actualização dos conhecimentos e início de uma aprendizagem de relação com disponibilidade. A palavra acção tem por base a preocupação na realização de cuidados, mas que com a palavra pensar, concebe o acto com um espaço humano e para tal cada acto para cada pessoa leva à individualização.

A segunda etapa tem a ver com a especialização numa determinada área de cuidados, fruto de um exercício reflexivo sobre as suas competências mais apuradas e que podem ser constituintes de um desempenho profissional para o qual se sente realizado. Aqui já existe a compreensão do outro como ser individual e o enfermeiro consegue conceber uma multiplicidade de acções independentes para cada um. Finalmente, a terceira etapa de formação está relacionada com a prática clínica, ou seja, o actor formando elevou o seu conhecimento à capacidade de análise multi-reflexiva na acção que este, ou outro por ele guiado o realiza. Cruzando ideias parece ser também esta a perspectiva de Benner (1984) quando define uma fase a que corresponde ao tornar-se um *expert* (perito).

Deve-se acrescentar ainda que a qualificação profissional surge cada vez mais associada à ideia de “competência” avaliada em cada indivíduo. Isto implica equacionar quatro dimensões na inovação da “aprendizagem ao longo da vida”, segundo Canário (2000^a). Em primeiro uma revalorização epistemológica da experiência e da prática; segue-se um redimensionamento da ética e seus processos para construir o “ser”; uma dimensão política que se interliga nos processos educativos e sociais e, a técnica traduzida na relação pedagógica da forma de fazer do formador.

Ao pensar-se num modelo de formação, estamos a pensar também em como se podem gerir os percursos de formação, a acreditação dos cursos e a atribuição dos graus académicos. Seria desejável que a formação em enfermagem tivesse na sua base a existência de um modelo explícito de formação. Segundo Asseiro (2001), os modelos de formação utilizados deverão ter uma estrutura e uma tradução curricular adequada às necessidades, quer das organizações, quer dos próprios intervenientes.

Correia (1996) sublinha a importância que nos últimos anos se vem atribuindo às problemáticas decorrentes das relações entre o mundo da formação e o mundo do trabalho. Estas relações tendem a polarizar alguns eixos de referência das políticas de educação e de trabalho no que concerne a uma renovação epistemológica teórica e metodológica entre estas duas dimensões. Refere mesmo a necessidade de inventar modernas concepções de trabalho e formação tendo em conta a actual crise do trabalho e da formação. Afirma que: *“Submetido a um conjunto de solicitações sociais contraditórias, o campo da formação tem vindo a deslocar-se do seu papel tradicional de instância de produção de qualificações individuais, para desempenhar um papel cada vez mais relevante como instância regulação social intervindo ao nível da empresa e da gestão global da sociedade”*(*ibidem*: 11).

Canavarro (1997) abordando uma perspectiva organizacional de Dixon (1992) e também se referindo ao Modelo de Aprendizagem de Kolb, revela que por trás dos trajectos de aprendizagem, existe uma organização que também aprende. O mesmo autor refere que existe uma dimensão constituída em aprendizagens formais, quando estas são resultado de análises de práticas deliberadas na organização. Há outra dimensão que é a constituinte de aprendizagens não formais, que aparecem no decorrer de intervenções profissionais diversas, que surgem no seio da organização como pólos de referência para todos os actores. E finalmente, uma dimensão constitutiva de aprendizagens ditadas por pequenos pólos de experiências que resultam em achados não identificados e seguidos de uma forma comum ao leque de actores.

Também Canário (1999) nos refere que a dimensão colectiva está presente nas possibilidades de aprendizagens quer do individuo quer da própria organização onde se encontra inserido com reforço dos processos de mudança no âmbito dos processos de um todo que aprende.

Abreu (2002) refere-se a uma formação em contexto de trabalho que inclui modalidades de natureza formal, informal ou não formal; o processo de formação em contexto de trabalho seria sempre um processo de natureza estratégica e reflexiva. Neste sentido a prática profissional passa a ser um elemento estruturante dos percursos de formação.

É neste sentido que a análise das práticas de enfermagem se pode constituir como principal estratégia de formação. Esta faz-se utilizando processos de reflexão permanente, com a ajuda, ou contributos de alguém, cujas competências e maturidade profissional atrás desenvolvidas, sejam o elo, o suporte e a ajuda para que cada actor construa o seu conhecimento segundo as suas próprias necessidades que este identifica ou outros lhe apontam (Asseiro, 2001; Hesbeen, 2001).

2.2. A complexidade das práticas profissionais

“O desajustamento entre o que foi ‘ ensinado’ e ‘ treinado’ na formação inicial e as práticas profissionais observáveis, em situação real, só é ‘ lido’ como ‘ ineficaz’ porque a matriz conceptual de referência encara a prática profissional como um momento de ‘aplicação’, caracterizado pela imprevisibilidade”.

Canário (1999:46)

A enfermagem está intimamente relacionada com a sua prática, à luz do senso comum dos utentes dos serviços de saúde. E é na acção, pela sua complexidade, que tem surgido um novo fenómeno que importa referir como condicente com a evolução desta ciência. Trata-se do aparecimento de um elevado número de investigações sobre conceitos centrados nas práticas e que os seus investigadores fazem-no através de processos de reflexão. Esta perspectiva está latente no elevado número de teses de mestrado que Abreu refere na sua obra (2001), que são fruto de trabalhos de investigação elaborados por enfermeiros. Estas surgem quer por necessidades individualmente sentidas, quer por determinantes de ordem organizacional e institucional.

Canário (1998) afirma que um dos reflexos do desenvolvimento da enfermagem tem sido o aturado trabalho de investigação no âmbito da qualificação académica, muito dele direccionado para os contextos clínicos.

A investigação conduzida nos últimos anos permitiu identificar alguns desafios para a profissão: definição de um modelo para o exercício, formulação de estratégias de

formação, intervenção na definição das políticas de saúde, o meio ou contexto de exercício, o processo de enfermagem e a natureza da assistência em matéria de saúde. A complexidade das práticas está relacionada com a multiplicidade de vectores que nela concorrem.

Uma das áreas a abordar, nas questões práticas dos enfermeiros, é a concepção e aplicação de um modelo teórico para o seu exercício como processo de organização do seu trabalho diário. Os enfermeiros devem identificar previamente os fenómenos que constituem o centro de interesse dos métodos de trabalho.

É nesta perspectiva que encontramos grandes dificuldades: por vezes os enfermeiros têm dificuldade em conceptualizar o seu objecto de atenção profissional e sistematizar as suas práticas. O processo de enfermagem (*modus operandi*) comporta um conjunto de estratégias e ferramentas de trabalho para ajudar os enfermeiros a estruturarem e sistematizarem as suas intervenções, segundo uma metodologia científica. Não pode ser considerada como um entrave ao exercício e barreira de dificuldades (Hesbeen, 2000).

A adopção de um modelo conceptual decorre de um conjunto de escolhas deliberadas, com reflexos a montante e a jusante das práticas. Implica a sistematização do pensamento e de redes de conceitos e induz condicionantes para as práticas. Daí que, como nos refere Adam (1979), a adopção de um modelo conceptual tem sempre subjacente um maior ou menor grau de dificuldade para os enfermeiros e, de igual forma, implica maior ou menor grau de adesão.

A rápida desactualização do saber, provocada pelo desenvolvimento crescente de conhecimentos, vai obrigar os enfermeiros a desenvolverem estratégias de acompanhamento permanente da evolução e mobilidades desse saber, promovendo a sua actualização. No entanto, esta ideia para Hesbeen (2000) não é linear, visto que pode induzir nos profissionais uma atenção exagerada nos percursos de formação, em detrimento das suas intervenções em contexto clínico.

Também a mobilidade dos profissionais, advinda dos constrangimentos políticos e organizacionais, torna problemática a vivência nos vários contextos; o desinteresse e o *stress* são sintomas apontados com frequência aos profissionais de saúde, que desta forma se tornam também carentes de uma orientação; não raro, surgem sentimentos de desvalorização de si, enquanto profissionais e que se repercutem na identidade social com diminuição da qualidade das suas práticas (Hesbeen, 2000).

Ellis e Hartley (1998) dizem-nos que a complexidade das práticas profissionais dos enfermeiros tem várias dimensões que interagem numa forma sistémica. A primeira está intimamente relacionada com os desenvolvimentos tecnológicos permanentes, que levam os profissionais a conhecer as suas aplicações e depois de se tornarem peritos com a técnica, refugiam-se por vezes nesta como estratégia de segurança. Estas autoras referem como exemplo, o gosto dos recém formados por unidades de cuidados intensivos, unidades de emergência e blocos operatórios. Afirmam ainda que não se trata só da procura da alta tecnologia mas também as dificuldades que sentem nas competências comunicativas e de relação, áreas deficitárias a nível da formação básica.

Uma outra dimensão encontra-se associada aos fenómenos de desenvolvimento organizacional e contextos legais, que vão chamando os profissionais mais competentes nas áreas de prestação de cuidados, para áreas de gestão (serviços, unidades ou instituições), relegando a prática assistencial para um plano secundário, ainda mais significativo pelo facto de se tratar de profissionais que por vezes não são substituídos. Ellis e Hartley (1998) realçam ainda o facto de o reconhecimento social de quem *lidera* ser maior do que quem *pratica* o cuidar.

Finalmente, indicam a falta de mecanismos e de processos de apoio aos profissionais que se vão acomodando aos protocolos, às regras, às normas, tornando-se exímios operários produtores de cuidados, sem reflectir nos mesmos, o que leva a situações de desgaste rápido, cansaço e complicações no seu desenvolvimento psíquico (Ellis e Hartley, 1998).

Hesbeen (2001) aborda uma problemática inerente ao desenvolvimento da enfermagem mas que depende igualmente dos contextos sociais em que a profissão é equacionada. Fala de hesitações por parte dos enfermeiros na busca de uma identidade positiva e nas estratégias de reconhecimento. Indica ainda a existência de um certo corporativismo e receio que outros, mesmo da sua área profissional, venham a avaliar as suas práticas com determinadas intenções. Refere ainda que as teorias de enfermagem tendem por vezes a universalizar o pensamento, deixando pouco espaço para reflectir as problemáticas em termos locais e de acordo com as especificidades socio-culturais; trata-se de processos que colocam em causa a reflexão, a criação e o respeito pelas particularidades de cada situação.

Bernard e Goodyear (1998) indicam alguns estudos que equacionam problemáticas associadas à relação (entre enfermeiros no exercício profissional, relação entre o enfermeiro e a equipa de saúde, relação entre enfermeiro e doente em fim de vida, do foro oncológico, relação com utentes em que lhes foi diagnosticado S.I.D.A.). Para estes autores, a problemática reside essencialmente na dificuldade em estabelecer uma relação entre o enfermeiro e o doente no que respeita à comunicação e ao *saber estar* e *saber ser* junto destes. São também evidenciadas as dificuldades em superar os estados de saúde, não conseguindo acompanhar o seu desenvolvimento ou intervindo em questões tão delicadas como a morte.

O exercício profissional dos enfermeiros teve no seu passado um vasto conjunto de factores cuja natureza ainda hoje pode ser observada. Por vezes o trabalho é desenvolvido em “tarefa”; associadas aos protocolos a cumprir, prescrições e indicações médicas ou outras actividades dirigidas à esfera física, relegam-se para segundo plano (“*quando há tempo*”) os cuidados mais globalizantes como o conforto emocional e afectivo, social e familiar (Hesbeen, 2001).

Para D’Espiney (1996:182), “*A prática profissional dos enfermeiros é indissociável da forma como está organizado o seu trabalho*”. É neste esquema funcional, que se pode verificar algumas das dificuldades que os enfermeiros têm em aplicar no quotidiano os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação, levando por vezes à frustração e baixa qualidade de cuidados prestados. Ainda na perspectiva desta autora, uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros implica também, uma forma de organização de trabalho diferente, visto que o trabalho *à tarefa* pode desencadear fenómenos de repetição, segmentação e de rotinização e como vimos anteriormente, sem mecanismos de apoio podem levar a situações de desgaste psíquico.

Hesbeen (2001) aborda o facto dos enfermeiros também serem humanos aquando da prestação de cuidados e por isso igualmente vulneráveis aos problemas complexos que os doentes lhes apresentam. Parece-nos evidente que os enfermeiros são actores activos de um processo de prestação de cuidados de qualidade em que se deve atender às condições específicas e à realidade do seu exercício, como também à natureza complexa dos contextos em que as práticas decorrem. O mesmo autor concretiza esta ideia afirmando: “*Os prestadores de cuidados, mesmo que se defendam, nunca poderão comportar-se como máquinas e, por isso, não podem libertar-se completamente da pressão emocional*

provocada pela essência do trabalho, isto é, o encontro e o acompanhamento de alguém que em determinadas alturas, precisa de ajuda para recuperar a saúde” (ibidem:92).

Segue ainda este raciocínio dando as experiências das unidades de internamento em medicina, oncologia e outras especialidades médicas, em que o sofrimento e a morte são evidentes. As taxas de mortalidade são elevadas e os enfermeiros não são imunes a estas situações, envolvendo-se nelas sem primeiro efectivarem o seu próprio controlo e gestão de emoções através de medidas de acompanhamento sistemático.

Wilkins (2000) refere que os processos de luto que as famílias passam com os seus familiares em situação terminal de vida, são frequentemente vivenciadas pelos enfermeiros. Estes resultados são também descritos por Hennezel (2000), psicóloga que faz acompanhamento de doentes em fim de vida num hospital de Paris e também dos profissionais de saúde dessa mesma instituição. Ela refere que os enfermeiros ao envolverem-se nas situações dos doentes e famílias sofrem em comum com estes e com repercussões nas suas vidas familiares e profissionais.

Ward (2002) contribui evidenciando alguns aspectos que podem causar mau estar no trabalho das enfermeiras: a morte de doentes, o trabalho por turnos e o recurso a múltiplos meios de subsistência económica por parte delas, nomeadamente repartirem-se por outros locais de trabalho como forma de conseguirem um aumento dos seus rendimentos mensais, em especial nos primeiros anos de vida profissional. O trabalho por turnos afecta a saúde e a vida sócio-familiar tendo repercussões na sua qualidade de vida, nomeadamente: fadiga mental que influencia o rendimento laboral; problemas digestivos e cardiovasculares, irritabilidade e outras alterações do humor. As perturbações da vida social e familiar das enfermeiras que trabalham por turnos, apesar de por vezes terem horários mais reduzidos, na perspectiva deste autor, levam a que estas estejam a dormir enquanto os seus familiares directos estão a ter uma vida social activa. Refere muitos casos em que as enfermeiras deixam de exercer a profissão.

Webb (2002) aponta para a complexidade do exercício profissional das enfermeiras referindo que muitas vezes não é a componente técnica dos seus procedimentos que causam situações de mau estar e *stress* profissional. Também não são as questões económicas que se encontram na primeira linha mas sim a dimensão humana das suas práticas que exigem muita dedicação para os seus desempenhos. Refere o estar permanentemente disponível para ouvir os seus doentes, o estar disponível para a sua

formação continuada e também o estar sempre disponível para os alunos e contribuir para os seus desempenhos na formação. Segundo a mesma autora, requer um nível de exigência tão elevado que conduz à recusa na colaboração com as escolas na orientação dos estágios de futuras enfermeiras (receio de não ser capaz de dar uma resposta efectiva).

2.3. A enfermagem portuguesa em análise

A enfermagem portuguesa tem vindo a ser progressivamente valorizada em todos os contextos em que se desenvolve: políticas de saúde, formação, gestão das instituições, dimensões académicas, estatuto social e capacidade de influenciar as opções em matéria de cuidados de saúde. Todos estes desenvolvimentos têm acompanhado directamente o aprofundamento dos saberes específicos da profissão, no âmbito das ciências de enfermagem.

Em Portugal, a enfermagem desenvolveu-se paulatinamente acompanhando os constrangimentos políticos, sociais e culturais de todo o século XX na Europa. Apesar de não ser uma realidade em todo o país, a profissão era exercida, em alguns locais, por elementos de várias congregações religiosas, confrarias e irmandades, pelo facto de haver hospitais localizados em antigos conventos ou ficarem perto destes ou ainda serem propriedade das Misericórdias. Este facto deve-se a que a administração dos hospitais ter passado para estas organizações religiosas que com elas tenderão à laicilização. Aparecem designados ao longo do tempo como “enfermeiros maiores” e “enfermeiros pequenos”, “hospitaleiros” e “hospitaleiras”, “irmãos” e “irmãs”, “religiosos e religiosas”, “enfermeiras”, “servas” ou simplesmente “mulheres” (Ferreira, 1990).

Para Soares (1993), a história do ensino da enfermagem acompanha a própria história da enfermagem e os seus acontecimentos mais evidentes. Do ponto de vista da arqueologia dos saberes e das práticas de enfermagem para a formação de enfermeiros, citando Cabral (1915), Soares refere que até à década de 40 do século XX em Portugal: “...o governo dava aos hospitais a responsabilidade da formação de enfermeiras” (*ibidem*:28).

Também como nos diz Abreu (2001:178) “...o ensino da enfermagem emergiu, nesta altura, como uma resposta à organização dos hospitais”.

A formação de enfermeiros e enfermeiras leigas iniciou-se em 1881 numa escola no Hospital da Universidade de Coimbra, mas que apenas durou um ano não tendo sido oficializada. Em Lisboa ocorreu cinco anos antes, no actual Hospital São José, antigo Hospital de Todos os Santos. É actualmente a Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara. No entanto esta só foi oficializada em 1919. Realizaram-se aí os primeiros cursos de formação de enfermeiros. Embora de vida efémera, esses cursos iriam constituir o embrião das primeiras escolas de enfermagem. Em 1886, foi fundada a Escola de Enfermagem D. Ana Guedes do Porto, tornando-se um marco importante na história da enfermagem nesta cidade e no país. Só as grandes instituições hospitalares (localizadas no Porto, Coimbra e Lisboa) detinham no seu pessoal um significativo número enfermeiros leigos no exercício. Os restantes hospitais do país, estando muitos deles associados às Misericórdias concelhias, a enfermagem era praticada essencialmente por religiosas, com ou sem formação em enfermagem (Mourão, 1991; Soares, 1993).

A partir da década de 40 o Estado intervém no ensino da enfermagem para uniformizar e centralizar. Quanto ao *currículo*, não havia um documento organizado, apenas orientações dispersas. A finalidade, nesta altura, era auxiliar o médico. Finalmente, depois dos anos 40 aparecem alguns programas mais elaborados. Porém, neste desenvolvimento histórico mantinha-se uma problemática que era a de o ensino prático ser feito por enfermeiros mais velhos e que pouco sabiam (Soares, 1993).

Desde os anos 60 que se multiplicaram as análises sociológicas nos contextos de saúde. Apesar das múltiplas reformas do sistema de saúde que visavam a prevenção, o sistema caminhava sempre em direcção a uma dinâmica assistencial hospitalocêntrica. A formação académica dos enfermeiros desenvolveu-se de forma acentuada, vindo a reflectir-se na tendência para a complexificação, qualidade das práticas, promoção do seu valor social, reconhecimento pelos restantes elementos da equipe multidisciplinar e autonomia em relação a estes. Experimentaram-se diferentes modelos de formação (formação básica e especializada), reflexo de uma maior autonomia científica da enfermagem face ao poder médico e uma separação gradual das escolas dos hospitais (Abreu, 2001).

Os condicionalismos políticos vigentes durante o apogeu do Estado Novo, o isolamento face resto da Europa e do Mundo e a Guerra Colonial trouxeram as suas virtudes e os seus malefícios a uma disciplina que avançava credivelmente para uma

autonomia social e científica conquistada pelos seus próprios elementos. No entanto, foi com a Revolução de Abril que os enfermeiros, como muitas outras classes profissionais, foram emergindo no panorama profissional e científico. É por esta altura que se começa a desenhar a criação uma ordem profissional e uma sentida necessidade de que a formação em enfermagem, para além de ser integralmente atribuída aos enfermeiros, viesse a ser colocada no sistema educativo a nível superior. É a partir do 25 de Abril que se sedimenta o processo de legitimação social da enfermagem. Um dos instrumentos que terá colaborado neste propósito foi a definição da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde em 1979 (Ferreira, 1990; Abreu, 2001).

A partir de 1980, com a criação dos departamentos de formação dos hospitais, onde outros profissionais das equipas de saúde assumiram igual protagonismo, os enfermeiros deram início a uma nova fase de valorização profissional, com investimentos fortes e concisos na formação em contexto de trabalho.

Até 1992, os docentes das escolas de enfermagem estavam integrados na carreira única de enfermagem. A partir desta altura, e em consonância com a integração das escolas no sistema de ensino superior, os docentes foram transitando progressivamente para a carreira do pessoal docente do ensino superior politécnico (Decreto-Lei n.º 185/81 de 1 de Julho). Estes passaram a usufruir dos mesmos direitos e, simultaneamente, a estar condicionados pelas exigências típicas dos restantes docentes do ensino superior.

Em 1987 são traçados novos planos de estudo tendo por base os processos de avaliação e reflexão sobre a formação em enfermagem. A formação em enfermagem transita para o sistema educativo nacional a nível do ensino superior politécnico, através do Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro. Abreu (2001) refere-nos que é a partir de 1989 que os alunos do bacharelato de enfermagem e posteriormente da licenciatura, passaram a inserir-se progressivamente nos meios académicos de nível superior.

A partir de 1983 verificou-se um desenvolvimento acentuado das especialidades em enfermagem, com o aparecimento de um leque de cursos de especialização nas escolas pós-básicas de Lisboa, Porto e Coimbra. Esta prerrogativa vai de encontro ao estabelecido pela Carreira de Enfermagem de 1981 (Diploma n.º 305) que criou a categoria de enfermeiro especialista. Esta categoria tem hoje, pela actual Carreira de Enfermagem, funções específicas para a prestação de cuidados a doentes de médio e alto risco, assim como outras de relevada importância no seu conteúdo funcional, como seja a formação em

serviço pelo artigo 64.º do mesmo diploma legal (Decreto Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro).

As mudanças operadas desde então vieram trazer outras visões à enfermagem que a fizeram tornar-se reconhecida quer socialmente como uma profissão, quer oficialmente, por um conjunto de diplomas que foram evoluindo ao longo dos anos.

O Curso de Licenciatura em Enfermagem, posterior ao Bacharelato, foi regulamentado pela Portaria n.º799-D/99 de 18 de Setembro.

Longe vai já o tempo do Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro e Decreto-Lei n.º 178/85 de 23 de Maio (anteriores carreiras de enfermagem), que davam naquela data, uma forma diferente de ver a enfermagem. Mas também vai já longe a perspectiva de uma reformulação desta, dada pelo Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro. A introdução de várias alterações posteriores fazem prever um novo diploma regulador do quadro profissional, tendo em atenção a evolução rápida das directivas comunitárias, novas realidades organizacionais, novos modelos de formação e novas exigências do mercado de trabalho (Nunes & Rego, 2002).

Não nos iremos deter exaustivamente sobre os enquadramentos legais do exercício da profissão: carreira, Ordem dos Enfermeiros, código deontológico, REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro). Abordaremos em seguida apenas algumas vertentes destes panoramas legais, relacionados com as áreas da formação e desenvolvimento profissional.

A enfermagem portuguesa encontra-se vinculada à Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto), através do estabelecido na Constituição Portuguesa (Sousa, 2000) (164.º d), 168.º, n.º1, f) e 169.º, n.º3). Esta lei veio definir novas linhas orientadoras de características mais liberais que se reflectem no exercício profissional dos enfermeiros. No que se refere ao exercício, este encontra-se sobre vigência da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro) e de vasta legislação complementar, que foi surgindo ao longo do tempo, da qual destacamos o aparecimento da Ordem dos Enfermeiros, com o seu Estatuto Profissional e Código Deontológico (Decreto Lei n.º 104/98 de 21 de Abril).

Uma das categorias que se segue à de enfermeiro especialista, já referida, na Carreira de Enfermagem, é a de enfermeiro chefe, consignada desde o primeiro documento de carreira (Decreto-Lei n.º. 37418 de 18 de Maio de 1949); neste estatuto de carreira, o

enfermeiro chefe surgia como uma figura com a competência de orientar e fiscalizar o serviço de enfermagem do hospital. Esta perspectiva de orientar e gerir, continua pelos tempos até aos nossos dias. A complexificação da função, designadamente a nível das áreas de gestão e de formação fez emergir a figura do enfermeiro supervisor, ao qual esteve desde sempre associado o acompanhamento de um conjunto de serviços.

Parece-nos ser consensual que a enfermagem é uma profissão com corpo próprio e insubstituível no Serviço Nacional de Saúde e com reconhecimento pela sociedade. Como prova evidente temos o que se encontra descrito no Decreto-Lei nº. 124/98 de 12 de Agosto, que refere que os enfermeiros são uma comunidade profissional e científica de importante relevo no desenvolvimento do sistema e uma garantia de qualidade dos próprios cuidados de saúde. O Decreto-Lei nº. 161/96 de 4 de Setembro (Ordem dos Enfermeiros) reforça este reconhecimento social.

Numa análise da actual carreira, importa referir que esta se encontra dividida por níveis e categorias, com os respectivos conteúdos funcionais, nas áreas de prestação de cuidados, na área da gestão e na área da assessoria. A formação e desenvolvimento profissional, pela lei, competem a cada um, sob orientação do enfermeiro especialista (artigo 7.º, alíneas g, i e j) e com avaliação do enfermeiro chefe (artigo 8.º). Existe ainda a Formação Contínua expressa no artigo 63.º e seguintes, com a formação cometida a um enfermeiro especialista pelo artigo 64.º. Ao enfermeiro supervisor (artigo 8.º, n.º2) competem funções de gestão.

O prólogo do Decreto-Lei nº. 104/98 de 21 de Abril lembra que a formação profissional dos enfermeiros está integrada no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico. Reforçando a pertinência social da profissão, indica que a formação em enfermagem tem uma profunda influência nas áreas da concepção, organização e prestação de cuidados de saúde às populações. Trata-se de um conjunto de aspectos que têm sido aprofundados através da investigação aplicada, com benefícios evidentes para os saberes próprios da profissão. O referido decreto faz ainda nota da evolução da sociedade portuguesa e das suas exigências crescentes em matéria de cuidados de saúde, o que implica a existência de profissionais com competências próprias e com qualificações devidamente acreditadas.

Esta acreditação da formação pela Ordem dos Enfermeiros, uma aspiração profissional, é uma forma de controlar o exercício profissional e promover a sua qualidade.

Regulamenta e disciplina a prática dos enfermeiros, como forma de assegurar o cumprimento das normas deontológicas e a dignificação do exercício da enfermagem. De acordo com a legislação em vigor, a inscrição na Ordem é imprescindível para o exercício profissional.

Nesta lei (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril) importa também realçar o artigo 30.º que atribui competências fundamentais de desenvolvimento, exercício e formação dos profissionais ao Conselho de Enfermagem (n.º1), às Comissões de Especialidade (n.º2), à Comissão de Cuidados Gerais (n.º3) e à Comissão de Formação em Enfermagem (n.º4).

Na Secção II da mesma lei, artigo 78.º, n.º1, do Código Deontológico do Enfermeiro, refere-se que: *“As intervenções de enfermagem, são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”*. No n.º 2, alínea e), refere também como valores universais a observar na relação profissional: *“a competência e o aperfeiçoamento profissional”*.

O REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), exposto no Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, já anteriormente referido, corresponde ao imanado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) na Base XIV. Evoca-se a complexificação do exercício dos enfermeiros, pela cientificidade desse exercício, pela qualidade e eficácia dos cuidados e que necessita de um instrumento jurídico para a sua regulamentação.

No seu artigo 4.º, apresenta os conceitos de enfermagem enquanto profissão, de enfermeiro como profissional habilitado, de enfermeiro especialista e de cuidados de enfermagem.

Neste documento são ainda visíveis a caracterização dos cuidados de enfermagem e as intervenções autónomas e interdependentes dos enfermeiros (artigos 5.º e 9.º).

3. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Neste capítulo desejamos traduzir alguns argumentos teóricos que servem de suporte para análise de grande parte do estudo que nos propusemos a realizar. Como uma abordagem inicial importa referir alguns antecedentes no que respeita à supervisão. Os nossos primeiros contactos referem-se a uma própria experiência pessoal, colocando-a na área da orientação da prática pedagógica e na supervisão na área da gestão dos serviços de enfermagem.

Alarcão e Tavares (1987), investigadores da área das ciências da educação, definiam supervisão como um processo, em que um professor experiente ajudava e colaborava na formação e desenvolvimento de outro professor recentemente integrado. Esta definição é mais tarde desenvolvida também por Sá-Chaves (2000) que aponta para uma dupla dimensão no processo de desenvolvimento pessoal e profissional, numa visão dialéctica entre duas vertentes de formação e estende-as à área da saúde.

Na área específica da enfermagem, obtemos as primeiras associações à supervisão na figura do enfermeiro supervisor dada pelo conteúdo funcional da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro) e que se baseia em essencial, em acções relacionadas com a gestão de serviços no geral e na enfermagem em particular. Também o Decreto Regulamentar n.º. 3/88 de 22 de Janeiro refere que compete ao enfermeiro chefe da unidade ou serviço, supervisionar os cuidados de enfermagem como garantia de uma máxima eficiência.

Para Sá-Chaves (2000) a supervisão só faz sentido numa perspectiva de desenvolvimento humano e profissional e, a nosso ver, não tanto numa dimensão de gestão, há que especificar as capacidades que importa desenvolver no profissional. Esta perspectiva de supervisão terá sido desenvolvida por esta autora, muito a partir dos conceitos de reflexão - acção de Schön³ e outros estudos. Reafirma este primado e explicita-o à luz de um paradigma construtivista em que a posição superior de que parte a supervisão (aconselhar, dirigir, orientar, apoiar, inspeccionar e avaliar, são termos

³ Apesar de já Alarcão ter feito uma reflexão crítica sobre o pensamento de Donald Schön, é com Sá-Chaves que encontramos uma interligação entre reflexão, supervisão e desenvolvimento profissional na área da saúde.

definidos pela autora), não é mais do que uma competência específica do profissional reflexivo.

Porém não podemos deixar de referir que o termo *supervisão* pode suscitar alguma apreensão. Esta ideia parte de se ter considerado que supervisão estaria relacionada com inspecção e revisão de trabalho dos profissionais. O supervisor planeava o trabalho, tomava decisões unilaterais, fazendo com que os profissionais obedecessem sem questionar e cuja finalidade era identificar os procedimentos mal executados (Corey *et al*, 1998).

Uma das estratégias da supervisão é a reflexão. Como finalidade da reflexão, ou pensamento reflexivo de John Dewey (1954), citado por Donald Schön (1990) no âmbito do desenvolvimento pessoal e profissional, é a consciencialização sobre os conhecimentos detidos e face às suas acções compreender melhor as práticas. Mas a orientação de práticas profissionais carece de um *coach*⁴ para uma meta-análise, quer de conceitos, quer de práticas daqueles que se encontram em formação e desenvolvimento pessoal e profissional, onde a construção individual do conhecimento tem um exercício de reflexão partilhada, numa perspectiva enquadrada na reflexão-acção (Schön, 1990).

Também Costa (2000) chama a atenção para a formatividade prática do enfermeiro como profissional reflexivo. Benner (1984) aborda os domínios da prática de enfermagem: o papel de ajuda, a função de *teaching-coaching*, a monitorização do doente, através de uma gestão efectiva baseada em práticas reflexivas.

Será nestes princípios de supervisão, com reflexão sobre as práticas, que hoje a enfermagem pretende enveredar como forma de contribuir para o desenvolvimento das suas competências profissionais.

O facto de não se encontrar definido qualquer preceito teóricos sobre supervisão clínica em enfermagem em Portugal; vão aparecendo, no entanto, já alguns contributos e estudos neste campo (Abreu, 2002; 2003) (H.D.A., 2001, norma nº.51.10)⁵.

A supervisão clínica em enfermagem surge assim como uma forma de garantir e estabelecer padrões de qualidade de cuidados, uma forma alternativa de abordar os métodos de trabalho e também uma nova forma de realizar a formação e desenvolvimento pessoal e profissional através do projecto pessoal em contexto de trabalho. Com o nosso

⁴ Termo utilizado por D. Schön.

⁵ Dado que esta problemática é extensível a todo o Estado Europeu, iniciaram-se desde 2003 diversos projectos integrados sobre a definição de modelos e conceitos dentro da União Europeia.

estudo entenderemos que a supervisão clínica em enfermagem possa fornecer um espaço para a reflexão das práticas no exercício, no estágio clínico e no desenvolvimento pessoal e profissional de quem cuida, através de medidas de “acompanhamento sistemático”, como nos refere Hesbeen (2000).

Os objectos de atenção em supervisão em contexto clínico são: os actores implicados, todos os enfermeiros; a natureza da clínica e das práticas nos diferentes serviços e unidades hospitalares; os processos de formação, quer sejam formais ou informais e o processo de implicação pessoal e suas interacções.

É o conceito de “clínica” que também pode trazer alguns pruridos. A expressão “clínica” esteve sempre ligada a funções médicas. Como vimos anteriormente, a evolução histórica fez rever esta posição e hoje é comum aceitar-se que clínica é a prática de assistência a doentes em matéria de saúde. O acompanhamento clínico é o resultado de formas sistematizadas de ajuda para uma evolução e desenvolvimento com vista à profissionalidade. Não se pode deixar de referenciar a imprevisibilidade do contexto devido à multiplicidade de condicionantes e dimensões que nele se encerram (Abreu, 2003).

3.1. Natureza e conceitos de supervisão clínica em enfermagem

Na perspectiva das nossas vivências pessoais, o termo de supervisão clínica não tem reunido muitos consensos e tem causado também algumas inquietações. Por um lado a ideia de inspecção relacionada com a gestão, por outro a palavra clínica que está associada, no senso comum, à profissão médica como já referimos.

A terminologia de supervisão clínica, enquanto prática na área da saúde, surge com as famosas reuniões de Freud (*Wednesday Night Meetings*) no início do século XX. As escolas psicanalíticas levam em curso este modelo do seu fundador, quer nos Estados Unidos quer no Reino Unido, para supervisão de doentes em terapia e supervisão dos próprios terapeutas, com vista a diminuir as situações de stress e envolvimento da comunidade terapêutica (Frawley-O’Dea, 2001:16).

Também nestes países nos anos cinquenta no pós-guerra e com a aplicação do Plano Marshall, a supervisão foi uma peça fundamental de estratégia nas áreas de formação profissional, numa perspectiva funcionalista e de gestão, num ambiente nitidamente

humanista com a aplicação e desenvolvimento da Teoria das Relações Humanas de Elton Mayo (Canavarro, 1997).

Em enfermagem, a supervisão clínica surge com a enfermagem psiquiátrica por decorrência do próprio fenómeno das escolas psicanalíticas (Bishop, 1998; Abreu, 2002; 2003). Mas se no entanto se nos reportarmos ao desenvolvimento da enfermagem, na perspectiva histórica equacionada no início, damos-nos conta de processos elementares de supervisão clínica em enfermagem em sistemas de saúde islâmicos com carácter de avaliação dos hospitais e a certificação profissional (Abreu, 2002; 2002^a; 2003).

Apesar do conhecimento da enfermagem sobre supervisão clínica ter crescido de uma forma muito rápida nos últimos anos, pensamos que continua a existir uma certa confusão e possíveis pensamentos menos próprios, entre os profissionais, sobre a sua natureza, que podemos revelar como:

- A supervisão está associada à área da administração formal;
- Os enfermeiros tendem a ver o supervisor como figura autoritária;
- A supervisão clínica é um processo com natureza hierárquica;
- A supervisão é um processo apenas de apoio.

Com Hildegard Peplau na década de cinquenta do século XX, surge uma definição de enfermagem relacionada com a relação humana, entre doente e profissional, em que este responde às necessidades de cuidados através da orientação. A orientação é a etapa fundamental para o desenvolvimento das práticas de cuidados ao doente e compete ao enfermeiro ser o conselheiro do doente (Peplau, 1990; Ryam, 1998; Oojën, 2000; Abreu, 2002).

A necessidade de os enfermeiros serem supervisionados partiu no passado não muito distante, por parte destes, para usufruírem de suporte relacional e de apoio emocional. Isto questiona-se a partir do início da década de 90 do século passado, no contexto do Reino Unido, com os acontecimentos trágicos de Bristol, Kent, Canterbury e do aparecimento do relatório de Allit sobre a enfermeira Beverley Allit. Estes puseram em causa a defesa da família do doente e do próprio profissional, assim como no apoio à própria enfermeira e motivou discussões na sociedade sobre a prestação de cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular (Bond e Holland, 1998).

No referencial histórico dos últimos parágrafos pode-se verificar que a supervisão clínica em enfermagem será traduzida por um mecanismo de protecção, quer do doente, quer do profissional, por orientação ou inspecção das suas práticas.

A visão do Reino Unido, e posteriormente noutros países nórdicos como a Suécia, Finlândia e Noruega, e também em outros continentes, por exemplo na Austrália, com políticas definidas no campo da saúde, a supervisão clínica em enfermagem, inicia-se na área da saúde mental. Estes revelam-se no apoio ao doente e ao enfermeiro envolvido em relação de ajuda, para que não apareçam situações psicológicas como a depressão reactiva. É vista como uma vertente não inspectiva, mais directiva e sem normas rígidas. É muitas vezes contratual, partindo da necessidade expressa ou sentida no profissional de enfermagem, com a sua consciencialização pessoal dessa necessidade de apoio e/ou de formação (Cutcliffe, *et al*, 2001; Abreu, 2002; 2003).

A perspectiva mais formal e normativa é também desenvolvida nos Estados Unidos e Canada. Nestes países, dado o sistema de saúde, a supervisão clínica em enfermagem tem um carácter mais directivo, com normas rígidas e protocolares de avaliação das práticas. O sistema é exigente e exige práticas qualificadas. O utente é um cliente dum serviço, exigindo segurança e qualidade. Todos os processos organizacionais e profissionais são percebidos numa lógica de qualidade/segurança, racionalização e sistematização de recursos (Abreu, 2002a).

No âmbito de diferentes problemáticas para a definição, existe uma ideia central que expomos como: a supervisão clínica em enfermagem dá suporte às práticas no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem, melhora a qualidade das mesmas, apoia a formação clínica, faz uma gestão personalizada dos sentimentos e eleva a satisfação profissional dos enfermeiros (Cutcliffe, *et al*, 2001).

Apesar de reconhecermos a relevância de definições e natureza da supervisão clínica em enfermagem que foi desenvolvida nos Estados Unidos, consideramos importante para este estudo, uma aproximação mais específica ao contexto construtivista e humanista que nos parecem traduzir as definições aceites no espaço europeu. Ficam assim associadas as práticas mais consentâneas com as de países da União Europeia, em que o nosso sistema de saúde, apesar de alguma especificidade, se enquadra, mesmo tendo em consideração as mudanças que se vão operando.

Um documento de 1993 do UKCC (*United Kingdom Central Council of Nursing*), denominado “*Vision of the future*”, citado e explanado por Cutcliffe (2001:20), dá-nos uma perspectiva inicial de definição de supervisão clínica em enfermagem: “*a formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in a complex clinical situations. It is central to the process of learning and to the scope of the expansion of practice and should be seen as a mean of encouraging self-assessment and analytical and reflective skills*”.

A crítica de Cutcliffe (2001) a esta definição está relacionada com as situações clínicas complexas. Para este autor, em todas e quaisquer situações clínicas das mais simples às mais complexas, poderá ser necessária a intervenção de um sistema de supervisão clínica sustentada. A supervisão clínica em enfermagem existe em cada realidade individual, em cada contexto, com cada participante e em cada tempo. Porém, este autor aceita este processo como dispendioso pelo que deverá ser selectivo.

Bernard e Goodyear (1998) referem que a situação e os contextos, que levaram a esta definição, estão de acordo com a posição inglesa, pelo que a revisão de uma definição em abordagem ideológica e contextual diversa carece do seu enquadramento em políticas e práticas actuais e no óbvio do sistema de saúde onde se enquadram. No entanto, ambos os autores referidos são de opinião que as ideias mestres permanecem inalteradas.

Pensamos importante ainda referir mais algumas definições que apareceram ao longo da última década e que se tornam o alicerce espaço-temporal para a adopção das definições pelas quais iremos enveredar (Smith, 2000:1, citando os seguintes autores):

- Wright (1989): “*Supervision is a meeting between two or more people who have and declared interest in examining a piece of work*”;
- Hawkins e Shohet (1992): “*Our experience is that supervision can be an important part of taking oneself, staying open to new learning and an indispensable part of the helpers on-going self-development, self-awareness and commitment to learning*”;
- Proctor (1993): “*a working alliance between supervisor and worker in which the worker can reflect on her/himself and receive feedback and where appropriate guidance*”.

Em 1994, Wright e Giddens, desenvolvem um pouco mais a definição de 1989: *“Supervision is a meeting between two or more people who have and declared interest in examining a piece of work. Such broad, unbounded and inclusive definitions have resulted in a empirical validation of clinical supervision in nursing being fraught with epistemological and conceptual problems”* (in Cottrell, 2000).

Bond e Holland, propõe a seguinte definição de supervisão clínica, dando alguma relevância ao tempo do processo: *“...is regular, protected time for facilitated, in-deph reflection on clinical practice. It aims to enable the supervisee to achieve, sustain and creatively develop a high quality of practice through the means of focused support and development”* (1998:12).

Nestas apresentações estão patentes as dificuldades de se concretizar uma definição limite. Os problemas conceptuais levam às dificuldades de aplicação. No entanto pode-se de alguma forma, resumir as questões essenciais identificadas nas várias definições: ***suporte emocional; suporte na formação; desenvolvimento de conhecimento e competências; responsabilidade nas práticas; capacidades reflexivas dos intervenientes propostos para o desenvolvimento do processo.***

Para o nosso estudo, optaremos por uma definição que nos pareça que vá mais de encontro a uma realidade que pensamos vivenciar nos nossos contextos, mesmo tendo em consideração algumas lacunas que esta definição nos apresenta mas que serão colmatadas com as referências a desenvolver no capítulo referente às problemáticas do processo. Encontrámos uma possível proposta de **definição de Supervisão Clínica em Enfermagem em Bernard e Goodyear (1998:6)**: *“a intervention provided by a more senior member of a profession to a more junior member of the same profession. This relationship is evaluative, extends over time, and has the simultaneous purposes of enhancing the professional functioning of the more junior person(s) monitoring the quality of professional services offered to the client(s) she, he, or they see(s), and serving as a gatekeeper of those who are to enter the particular profession”*.

No entanto os diversos conceitos de supervisão clínica parecem estar associados às orientações específicas das práticas, em que uns autores salientam as perspectivas psiquiátricas (CPNA, 1985), outros a ênfase na relação (UKCC, 1996) – ambos em Cottrell

(2000) – e ainda, aspectos relacionados com os percursos de formação, no perspectiva de Butterworth (1992).

Destas definições podemos aferir alguns pressupostos que lhes são transversais:

- a) A supervisão é um processo;
- b) Esta envolve duas ou mais pessoas;
- c) Tem o objectivo principal de colaborar no desenvolvimento pessoal e profissional;
- d) O seu objecto de atenção é o profissional ou futuro profissional;
- e) Tem uma metodologia específica de acção.

3.2. Modelos de supervisão clínica em enfermagem

Sendo a supervisão clínica em enfermagem um processo relacionado com o exercício das práticas, que têm nos contextos as suas diferenciações, será importante referenciar os modelos que poderão ser as linhas orientadoras para a execução desse mesmo processo. Como modelo, entendemos também como um mapa, guia de orientação *macro* ou, matriz explicativa de um corpo previamente estruturado, ou ainda, a construção conceptual que orienta o pensamento e que por sua vez se revela em acção (Sá-Chaves, 1994).

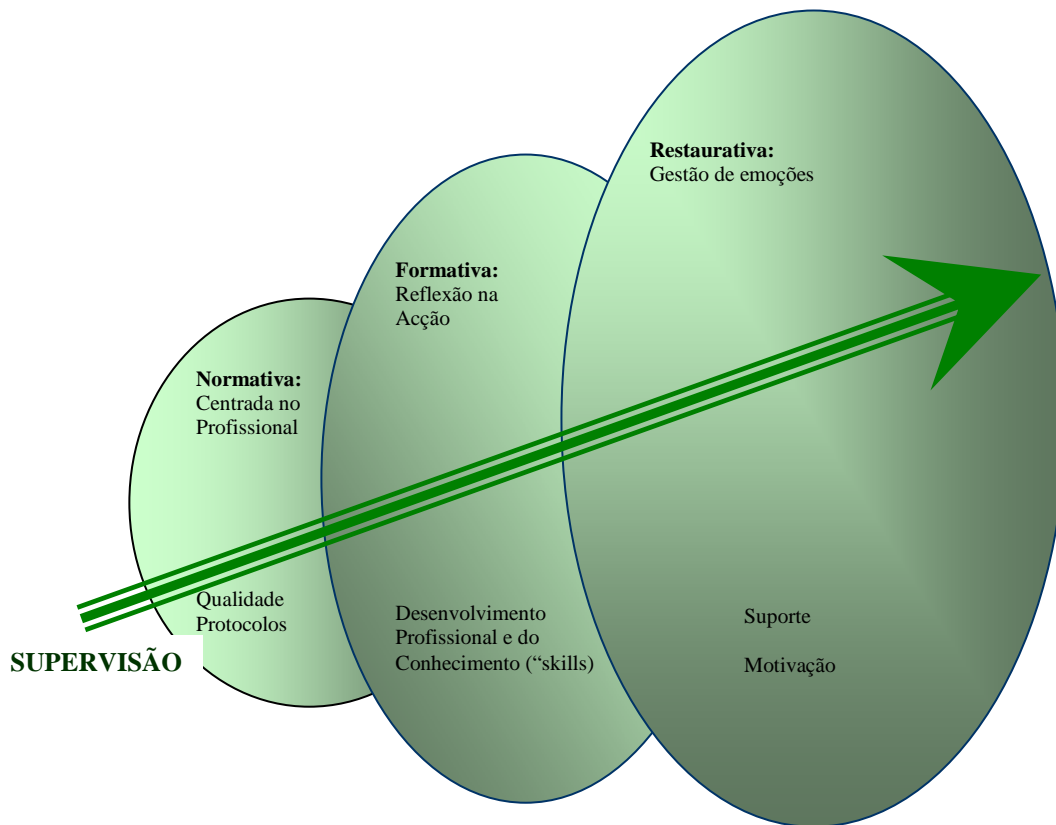
Para Smith e Cottrell (2000), um modelo, sendo um mapa e uma estrutura de caminhos a percorrer, dirige-se a finalidades e alvos de supervisão, o tipo de aproximação que é realizada e a ser adoptada na relação interpessoal, o *feedback* e na continuação da sua sustentação. São assim inerentes para métodos de avaliar processos e resultados.

Relacionando com a supervisão clínica em enfermagem, o modelo tem de atingir e fazer atingir os objectivos a que se propõe: uma aproximação ao adoptado, satisfazer as necessidades decorrentes da relação interpessoal (muito característica e que evidenciaremos em outro capítulo), promover *feedback* e suporte contínuo e ainda ser passível de desenvolver técnicas avaliativas desse mesmo processo, com vistas às reformulações periódicas decorrentes dos contextos sistémicos (Figura 1) (Bond e Holland, 1998).

As funções que lhes estão adstritas são:

- **Função formativa:** com a focalização no desenvolvimento de competências, através da reflexão sobre o trabalho realizado;
- **Função normativa:** ajudando a assegurar padrões de qualidade previamente definidos e os papeis do profissional que se centrem numa organização que tem em vista o bem comum;
- **Função restaurativa:** que dá especial atenção às necessidades emocionais dos profissionais (Bond e Holland, 1998).

Figura – 1: As funções restaurativa, formativa e normativa da supervisão



(Adaptado de Bond e Holland, 1998))

Yegdich (citada por Smith e Cottrell, 2000), refere-nos que esta categorização de modelos ou outra qualquer, terá de satisfazer uma dicotomia dialéctica em que se pode

encontrar supervisão de suporte e/ou uma supervisão terapêutica. É nesta medida que a autora afirma não haver supervisão terapêutica na supervisão das práticas profissionais dos enfermeiros. A existir é apenas uma consequência da supervisão clínica de enfermagem como suporte das práticas. Também Bond e Holland (1998), afirmam que a supervisão clínica, ao ser desenvolvida no contexto das práticas, tem um conjunto variado de dimensões onde se coloca também os mecanismos de suporte emocional aos prestadores de cuidados.

Noutra perspectiva estão autores que com os seus estudos (UKCC, 1996; Butterworth, 2000; McKinley, 2000 – *in* Cutcliffe *et al*, 2001), relatam não haver um modelo ou dois, mas sim “*n*” modelos, sendo o “*n*” o número ilimitado de organizações e contextos onde pode decorrer e efectivar-se supervisão clínica em enfermagem consoante a natureza das suas práticas. Temos as organizações *micro*, como pequenos postos de atendimento de cuidados de saúde, centros de saúde comunitária, hospitais de pequenas dimensões com número muito limitado de valências e, organizações *macro* como grandes hospitais centrais e de especialidades.

Por outro lado o modelo tem de estar apoiado em medidas que visem atender às necessidades dos profissionais, que em alguma altura são decorrentes das suas práticas junto dos doentes e noutras contingências em vivenciar processos de mudança dados pela mobilidade profissional nas organizações (por exemplo mudanças de serviço). Esta requer períodos de integração às realidades de um novo contexto de exercício profissional e para tal necessita de apoio e orientação (Bond e Holland, 1998).

Para Abreu (2002a), as afirmações anteriores confirmam a importância da aprendizagem e do acompanhamento clínico, de forma sistematizada. As variações a nível dos contextos quer nos enquadramentos políticos quer nos culturais, levam a uma pluralidade. Refere os exemplos de saúde mental, dos estadios de doentes em fim de vida, da saúde infantil e pediatria, entre tantos outros, onde se pode prever que os contextos adoptem o modelo que mais se enquadra às suas reais necessidades e às necessidades dos seus actores.

Segundo Bernard e Goodyear (1998), os modelos de supervisão clínica devem ir ao encontro de dois tipos de intervenção: de se tratar de uma supervisão em grupo ou individual. Neste estudo pensamos ser mais urgente uma explicitação de uma supervisão individual do que uma grupal, tendo em consideração algumas desvantagens apontadas por

Bond e Holland (1998:270), nomeadamente numa fase inicial de aplicação e desenvolvimento de um modelo e consequente processo.

Também Winstanley (*in* Cutcliffe *et al*, 2001) refere que se tem verificado, por investigações na área, que a supervisão *one-to-one* oferece melhores índices de êxito do que a que é praticada em grupos, independentemente do número de elementos desse grupo. Indica ainda que o único problema reside nos aspectos de gestão de recursos humanos, visto que o supervisionado pode ter de interromper o seu trabalho para reuniões periódicas. Este esquema ajudou as organizações fazendo com que este trabalhador tivesse tempos reduzidos de práticas para se envolver mais no processo supervisão. Porém estes autores referem que a supervisão individual tem reflexos nas prestações do grupo ou equipa.

As intervenções da supervisão clínica em enfermagem podem ser vistas como aconselhamento ou de consulta, sempre monitorizando os cuidados ao doente e tendo em consideração os papéis profissionais definidos previamente. Estas intervenções dão suporte a processos de investigação, sendo por tal “*a challenge to a new millenium for nurses*” (Bond e Holland, 1998:45).

O objecto da supervisão clínica está centrado nas práticas e em tudo o que possa contribuir para o seu desenvolvimento. Monitorizando as actividades profissionais, recolhe-se informação sobre as necessidades de formação ou, havendo conhecimento de base, apoio para o desenvolvimento profissional, levando às mudanças que se acharem necessárias para as organizações (Holloway⁶, 1995).

Como recolha sintetizadora dos principais pontos a considerar no estabelecimento de um modelo de supervisão clínica em enfermagem e tendo em especial atenção os anunciados anteriormente, existem alguns aspectos básicos citados por Abreu (2002 e 2002,a):

- A enfermagem possui algumas ferramentas para um possível acompanhamento das práticas profissionais, cabendo a ela a dimensão da sua supervisão;
- A experiência clínica confronta os actores em aceitar a matriz humanista da sua ciência;

⁶ Esta autora, apesar de se encontrar num campo de aconselhamento psicológico tem informações relevantes dos seus conteúdos para colaborar na área das ciências de enfermagem.

- A bi-dimensionalidade da enfermagem em relação às suas características humanistas é a de ter em atenção a dimensão do utente e do actor, prestador de cuidados;
- Vocacionada para a relação pessoal, a enfermagem tem por base a complexidade do ser humano e, daí se recorrer ao suporte da equipa;
- Tendo em atenção aos contextos, a enfermagem pode construir uma estrutura modelar de supervisão em que qualquer actor (supervisor ou supervisado) pode ser sujeito ou ter necessidade de supervisão;
- A supervisão clínica em enfermagem é um processo interior a esta disciplina que pode recorrer à multidisciplinariedade das ciências de saúde e ciências da vida, ou dos seus actores.

Tendo em atenção a perspectiva de um modelo, independentemente da matriz adoptada, existe um alcance da supervisão clínica em enfermagem que qualquer abordagem terá de ter por base:

- Ênfase na relação supervisiva em que todo o processo deverá estar articulado para o seu sucesso;
- O processo está direccionado às práticas dos actores enfermeiros nas áreas da formação, no desenvolvimento das competências e maturidade pessoal e profissional;
- Para ser desenvolvido, o processo de supervisão clínica terá de ter um conjunto de argumentos explicitados e uma estrutura adequada ao contexto, sendo esta a referência de base (Cotrell, 2000).

Para alguns autores citados em Cutcliffe, *et al* (2001) os modelos de supervisão Clínica em Enfermagem têm como sentido inicial:

- Levar a um desenvolvimento pessoal e profissional (Long *et al*);
- Desenvolver treino para sustentar a relação com o outro (Proctor);
- Apoio ao ensino clínico de futuros profissionais (Cassedy);

- Desenvolvimento da supervisão como um fenómeno *no-stop* (Bennett *et al*).

Também em outra visão recente, Ooiën (2000), interligando os modelos desenvolvacionistas com os modelos vivenciados nos Estados Unidos, surge com um modelo de *approach-boun* derivado to modelo *Matrix: Double Matrix Model*, centrado na relação supervisiva e no contexto independentemente das problemáticas, com os seguintes aspectos fundamentais em âmbito *macro* e *micro*:

- Criar uma aprendizagem de relação;
- Ensinar;
- Aconselhar;
- Consultar;
- Avaliar;
- Monitorizar os profissionais nas vertentes éticas e deontológicas;
- Organizar as estruturas institucionais.

Este modelo dá ênfase na experiência do supervisor como um *unconscious process* (*ibidem*:110) na relação, na escolha livre do supervisor, na estrutura, nos aspectos de aprendizagem e na gestão de emoções. Se bem que pela complexidade do modelo adivinhamos alguma dificuldade prática na sua implementação nos nossos contextos.

Existem alguns traços gerais que unem os vários modelos possíveis e que surgem das várias correntes de pensamento: modelos de desenvolvimento, de integração e modelos orientados (Frawley-O'Dea, 2001).

Na especificidade da supervisão clínica em enfermagem encontramos modelos de:

- **aconselhamento**; de Proctor, de base psicológica com narrações biográficas e reestruturação com processos de formação e de promoção da qualidade,
- **interacção e suporte**; de Hawkins e Shoet, que aposta muito na relação supervisiva e nos papeis de ambos os intervenientes para ultrapassar os problemas emocionais e da qualidade das práticas,

- **centradas nos problemas;** de Rogers e Topping-Morris, cuja intervenção é feita através da técnica de resolução de problemas,
- **centradas nas práticas;** de Nicklin em que este define as etapas fundamentais para a supervisão como forma de atingir “as boas práticas” através de gestão, formação e medidas de suporte: definição do objectivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação (Abreu, 2002).

Para efeitos do nosso estudo pensamos ser este modelo de Nicklin (1997), aquele que oferece referências mais compatíveis com o contexto do estudo. Pode ser traduzido por ser um modelo de supervisão clínica de enfermagem que para além de possuir um enquadramento conceptual consistente, na nossa perspectiva, está profundamente direccionado para as práticas clínicas no seu global e não apenas para as dimensões emocionais e afectivas (Abreu, 2002).

3.3. Processo de supervisão clínica em enfermagem: problemáticas

“I am sure all practitioners can identify many situations of contradiction between what they wanted to achieve in working with a patient and actual practice. I am also sure that many nurses go home each day with this sense of contradiction. It manifests itself as disquiet, a sense of dissatisfaction, anger or even guilt.”

Jonhs (2000:20)

O processo de supervisão clínica em enfermagem tem vindo a ser alvo de múltiplas problemáticas identificadas pelos vários intervenientes nomeadamente, o supervisor, o supervisado e instituição onde decorre o processo. Abreu (2001) lança a debate algumas questões que podem ser equacionadas: a gestão de emoções; as questões actuais da qualidade das práticas; os condicionalismos existentes na multiplicidade de contextos; as atitudes e comportamentos resultantes nos níveis cognitivo, afectivo e físico.

Existem dificuldades definidas pelos próprios actores que referem que a supervisão está associada às áreas de gestão e administração. Neste sentido impelem a uma celeuma extensiva à relação supervisiva, inviabilizando a oportunidade de resolução de problemas de *stress*, relacionados com a organização das instituições de saúde e as práticas profissionais, como estratégias de gestão mais para controle económico. O grupo de

enfermeiros normalmente aceita o processo mas considera-o muito trabalhoso. (Bond e Holland, 1998).

Yegdich (*in* Cutcliffe *et al*, 2001) refere que as enfermeiras são as próprias a dificultar os processos de aplicação da supervisão, por desejarem uma explanação, o mais exaustiva possível, do seu conceito e dos seus processos de desenvolvimento.

Cottrell (2000a) revela que os papéis de líder, chefe e supervisor clínico não são mutuamente exclusivos. Esta diferenciação pode ser observada no Quadro 1 onde se salienta que o supervisor clínico parece envolver mais as funções de ajuda.

Quadro -1: Dimensões de análise das funções de chefe, gestor e supervisor (*adaptado de Cottrell, 2000*)

	Chefe	Gestor	Supervisor Clínico
Foco de atenção	Interessado em fazer as coisas certas, bem feitas, convenientes e honestas	Interessado em fazer correctamente, emendar se necessário	Interessado em ajudar as pessoas a praticar com segurança, congruência e veracidade, orientar
Perspectiva	Usa o ponto de vista mais abrangente	Usa o ponto de vista mais específico	Ajuda as pessoas a conciliar os seus pontos de vista com os papéis que lhe são exigidos, de forma humanizada
Análise reflexiva	Concentra-se nas questões “o quê?” e “porquê?”	Concentra-se nas questões “como?”	Ajuda as pessoas a identificar e a clarificar a dissonância entre o seu mundo “pretensioso” e o seu papel nas organizações
Perspectiva Temporal	Pensa em termos de inovação, desenvolvimento e futuro	Pensa em termos de administração, manutenção, no presente	Ajuda as pessoas a pensar e a reflectir sobre o passado, presente e futuro. Identifica os elos ao longo do tempo
Esperanças	Esperança que outros irão responder e seguir	Esperança que outros irão completar as suas tarefas	Esperança que outros se irão empenhar voluntariamente no processo
Área de intervenção	Recorre às expectativas e sonhos	Monitoriza as finalidades da supervisão e define os limites numa prática de gestão	Ajuda os outros a ajustar e trabalhar com criatividade, com expectativas e “sonhos”. Ajuda a desenvolver a criatividade individual
Expectativas	Espera que outros ajudem a realizar uma visão	Espera que outros cumpram a sua missão e propósitos	Ajuda os outros a articular a sua visão e a identificar o que há de comum em si e na missão e propósito organizacional
Inspiração	Inspiram inovação	Inspiram estabilidade	Ajuda as pessoas a adaptarem-se à mudança com respeito pela existência de conhecimento e prática, trabalhando com motivação interior

Refere também experiências em que os supervisados enumeram aspectos de constrangimento relativos às diferenças na abordagem, por parte dos gestores: na ênfase,

na perspectiva, na capacidade de análise, no padrão temporal, na defesa da cultura pessoal e organizacional, nas esperanças individuais, nas áreas de intervenção, nas expectativas dos supervisores e na criatividade. Realçam que os que detêm poder administrativo não dão grande valor à dimensão da relação de ajuda porque de alguma forma se encontram distanciados das práticas.

Markham (1998) relata que o próprio termo *supervisão* pode levar a pensar em controle, avaliação e julgamento dos profissionais por parte dos seus superiores hierárquicos. Os supervisados tendem a não aceitar ser supervisionados pelos seus responsáveis, que parecem prever, como consequência, o conflito de papeis que pode envolver a relação.

Ooijën (2000) e Frawley-O'Dea (2001), referem que o género, ou sexo dos intervenientes é também a fonte de algumas questões. Tanto um como outro, salientam que existem dificuldades na relação supervisiva quando o supervisor é uma mulher e o supervisado é homem. A questão essencial é a que se relaciona com a confiança do supervisado junto da supervisora, no que respeita às suas necessidades de desenvolvimento.

Falvey (2002) refere que os aspectos éticos podem desenvolver renitência à aplicação de um modelo de supervisão ou, desenvolvimento de um processo assente neste, nomeadamente: *the duty of care*, o consentimento do supervisado e o “contrato escrito”, as questões de confidencialidade com vista à gestão de riscos, consignada, como exemplo, nos programas de acreditação de qualidade do Reino Unido e em outros países.

Para tal a mesma autora definiu, como resumo dos aspectos éticos e legais a ter em consideração no desenvolvimento de um processo de supervisão, alguns pontos que importa aqui introduzir:

- Manter documentação escrita (relatórios de actividades, consentimento assinado e contrato);
- Avaliar as competências do supervisado;
- Estar acessível para o supervisado;
- Programar actividades regulares em enfermagem.

Estas problemáticas têm levado parte dos supervisados a sentir fenómenos de permanente suspeição do que de facto está por detrás do processo de supervisão clínica em enfermagem; alguma resistência em acreditar no supervisor como um conselheiro e confidente e, ainda em revolta, por serem muitas vezes as instituições a aconselhar a intervenção do supervisor e não ser o próprio a declarar (Smith e Cottrell, 2000).

A UKCC (1996) (*in* Cutcliffe *et al*, 2001) refere que a figura do supervisor clínico deve depender da escolha de quem quer ser apoiado nas suas práticas e não uma figura destacada directamente pela organização. Esta pode definir aspectos que o supervisor clínico deva ter em atenção, com vista a creditar o processo de supervisão.

A existência de uma lista anual de referência de supervisores destacados é explanada por Bishop (1998), pode ser apresentada pela direcção da organização e cabe ao supervisado a escolha daquele pelo qual sente mais empatia para uma relação supervisiva assente no problema que este apresenta ou detectou.

Jones (2001) chama a atenção para o que muitas instituições hospitalares são tentadas a fazer, dando o papel de supervisor clínico das práticas aos enfermeiros responsáveis das unidades ou serviços hospitalares. Não sendo mutuamente exclusivos, como anteriormente já referimos, deverão ter em atenção o efeito de “halo” na relação supervisiva que pode levar ao aparecimento de vários constrangimentos entre supervisor e supervisado.

Para Bernard e Goodyear (1998), o processo de supervisão pode ter semelhanças com o processo de avaliação do desempenho mas refere que os objectivos são à partida diferentes.

Nestas perspectivas, parece-nos que existe pertinência na necessidade de se desenvolver um processo de supervisão clínica em enfermagem. As dificuldades não nos parecem serem colocadas como de desvantagens se tratem, mas sim, limites que importa ultrapassar por aplicação de processos de supervisão condicentes com a realidade que cada vivência transmite para um modelo previamente perspectivado.

Tendo-se em consideração o contexto onde decorrem as práticas, pode-se estabelecer um processo faseado e de acordo com os intervenientes (Proctor, B. *in* Cutcliffe *et al*, 2001). Para esta autora, as fases do modelo de Nicklin, no processo de supervisão, são:

- **Objecto da prática a analisar:** Situação da problemática – poderão ser as relações interpessoais, competências do desempenho, gestão, entre outros;
- **Identificação do problema:** o problema é clarificado nas suas várias vertentes e dimensões para que se possa operar perante ele;
- **Estabelecimento de objectivos:** a definição de objectivos fica acertada, com o contexto da prática, as expectativas dos intervenientes no processo (profissionais, organização e clientes);
- **Planeamento das actividades:** aceitação pelas partes envolvidas, de uma acção realista e em tempos acordados;
- **Implementação do processo:** os intervenientes praticam as acções acordadas em fases devidamente explicitadas;
- **Avaliação:** é feita uma avaliação paralela dos resultados e do processo de supervisão com monitorização.

O processo de supervisão clínica em enfermagem para alguns autores (Bond e Holland, 1998; Cutcliffe, 2001 *in* Cutcliffe *et al*, 2001; Abreu, 2002), e que passaremos a descrever, é composto por uma parte técnica dividida em três fases: a fase inicial de integração das partes envolvidas em que existe uma focalização no supervisionado, no processo que irá decorrer e nas técnicas a utilizar. A fase de experimentação ou de realização que se divide, por sua vez em: ensino, *feedback* e prática, onde existe a partilha de desafios. E finalmente, fase de autonomia ou de processamento onde se realiza reflexão sobre o realizado, descrevendo a experenciação, efectuando uma análise crítica e procedendo a uma avaliação dos resultados por síntese.

Apesar de se verificar uma compartimentalização das fases, esta apresentação é essencialmente académica, pelo que o profissional ou aluno em estágio profissionalizante, nesta situação, pode vivenciar aspectos diferentes em níveis também diferentes.

Na **fase inicial** existe uma grande dependência ao supervisor, pela insegurança e desconhecimento do processo com consciencialização das suas limitações como supervisionado. Nesta fase são estabelecidos os objectivos, dando toda a informação, quer por parte do supervisionado, quer por parte do supervisor. É uma fase em que ambos se passam a conhecer. Há uma integração dos elementos ao processo e o próprio experienciar de toda a faseologia. Não havendo ainda cognição, o supervisionado vai desenvolvendo actividades em

torno de uma ideia de imitação do seu supervisor. Por esta altura a auto-estima vai aumentando e a cognição vai se desenvolvendo, apesar do supervisionado ter conhecimentos não os consegue interligar com as experiências. O supervisor canaliza todas as estratégias para o desempenho das práticas, através de incentivos à preocupação com o exercício. Aqui a intervenção das instituições é fundamental, quer dando oportunidades de formação externa em acções de formação, quer apoiando um controle emocional, através da fomentação de momentos informais.

Na perspectiva de Abreu (2002), existem um conjunto de competências atribuídas aos supervisores nesta fase e que estes devem ter em atenção para o sucesso de todo o processo:

- Preparar o segmento a desenvolver;
- Conhecer o contexto;
- Conhecer aspectos do profissional/estagiário;
- Demonstrar, apoiar, integrar e encorajar.

Na **fase de realização ou de experimentação** há uma ênfase nas práticas de ambos, a parte relativa ao *feedback* está intimamente relacionada com a prática. A segurança, a motivação e as capacidades críticas vão aumentando. O supervisor aconselha determinadas práticas ou reflecte com o supervisionado sobre elas. Neste período é normal o aparecimento de conflitos de ideias, nomeadamente sobre as questões éticas. O supervisor é aqui um gestor de emoções. Há a construção de um quadro de referências com triangulação de informação e realizando um consumo crítico dos saberes do supervisor, através do início de processos de auto-avaliação por parte do supervisionado.

As competências do supervisor nesta fase do processo ficam assim resumidas:

- Promover a autonomia em relação à peça de trabalho analisada;
- Avaliar a forma de utilização da informação que vai disponibilizando;
- Potencializar as energias pessoais do supervisionado para a autonomia, para a focalização ao grupo onde se insere e diminuição da insegurança;
- Promover a integração das práticas e dos saberes decorrentes (Abreu, 2002).

A **fase de autonomia** é, como o próprio nome indica, uma etapa em que o supervisionado vai tendo uma independência gradual em relação ao supervisor, em que as capacidades de distanciamento crítico e analítico vão aumentando até a um nível de desenvolvimento de competências individuais cada vez mais elevado. Há um efeito de *zoom* (Sá-Chaves, 2000) em que o supervisor observa, aproximando-se ou afastando-se das situações, consoante as necessidades. Existe uma maior partilha na relação supervisiva em que o supervisor é mais companheiro do dia-a-dia do que uma figura de retórica. A sensação de *dever cumprido*, por parte do supervisor, está enquadrada no **fim do ciclo ou do processo de supervisão**. Para tal, este deverá ter como competências e capacidades fundamentais, ainda na perspectiva de Abreu (2002):

- Pensar a supervisão numa dinâmica de qualidade;
- Centrar a sua atenção nas dimensões estruturantes da qualidade: o processo dos cuidados, e seus resultados;
- Promover estratégias de algum distanciamento crítico;
- Salientar e fazer desenvolver uma atitude ética.

Apesar dos objectivos do processo de supervisão clínica em enfermagem se encontrarem diluídos na formação e desenvolvimento de competências profissionais e no incremento da qualidade de cuidados ao utente, esta diluição é dicotomizada. Entende-se assim que qualquer intervenção do supervisor junto do supervisionado é formativa e vai repercutir-se na qualidade dos cuidados feitos ao utente (Bernard e Goodyear, 1998; Bond e Holland, 1998; Cutcliffe *et al*, 2001). Com este assumir, os autores identificam, com uma certa unanimidade e sumariamente, três eixos fundamentais do processo de supervisão clínica:

- Aumentar as capacidades dos profissionais, através da formação, fazendo com que o supervisionado reflecta sobre as narrativas das suas práticas;
- Avaliar a qualidade dos cuidados ao utente, através da verificação e mensuração de critérios discutidos na relação supervisiva e resultados das práticas;

- Dar suporte aos profissionais no decorrer das suas intervenções, na multiplicidade dos contextos das áreas da saúde.

O acompanhamento na formação

“O processo contínuo de supervisão (...), vai permitir ao aluno conceptualizar a sua própria prática, recompondo e acondicionando os novos saberes e os que anteriormente adquiriu, mesmo os que derivam da consciência que de si possuem como pessoas e futuros enfermeiros.”

Abreu (2003:38)

Uma perspectiva construtivista, num paradigma eclético, deve ser a base e linha orientadora do ensino da enfermagem. Os contributos da supervisão de estágios clínicos vão ao encontro do desenvolvimento das capacidades reflexivas dos alunos e profissionais envolvidos. O processo de supervisão estará assente numa relação supervisiva em que o supervisor do estágio clínico é um enfermeiro supervisor/formador ou preceptor, na perspectiva de Bain (1996):

- Que tem em atenção o outro que está a crescer como futuro profissional, preparando-lhe a sua socialização na profissão;
- Que tem em atenção a produção de novos saberes nas ciências de saúde em geral e nas de enfermagem em particular;
- Que participa na estruturação da aprendizagem do simples para o complexo;
- Que desenvolve as práticas reflectidas nos contextos de formação;
- Que é responsável pela supervisão das práticas pedagógicas em estágio clínico;
- Que cria situações de aprendizagem, questionando as práticas com uma atitude reflexiva;
- Que é promotor da autonomia e do princípio da auto-implicação do supervisionado;
- Que desafia o outro a assumir uma atitude investigativa como condição da sua auto-formação, através da avaliação das práticas.

Andrews e Wallis (1998) defendem que o ensino da enfermagem, na sua vertente prática, deve ser apoiado pela figura do mentor, no exercício profissional das práticas, sendo este “*a wise and trusted friend*” (ibidem:202). No entanto, não se associa esta imagem à figura de um enfermeiro velho e sábio mas que tenha as competências de proximidade à realidade do estudante; desenvolvimento de processos de relação pessoal e interpessoal; atitude positivo-construtivista da aprendizagem e habilidades no desenvolvimento profissional.

Esta figura de enfermeiro cooperante é defendida também por Asseiro (2001) e Abreu (2003), que revelam a necessidade da escola se aproximar do hospital encontrando mecanismos de parceria com o reconhecimento dos recursos humanos lá existentes, capazes de dar apoio efectivo ao desenvolvimento dos alunos através de uma reflexão permanente e com a supervisão e análise das narrativas das práticas.

Na perspectiva de Alarcão (1996), o estágio clínico é concebido como uma espécie de prisma rotativo que possibilita ao formando uma visão caleidoscópica do mundo, “*...aproximando os alunos do mundo real...Actuam num mundo virtual, relativamente livre de pressões e riscos e onde podem controlar alguns dos constrangimentos que, na vida profissional, dificultam uma reflexão na acção...*” (ibidem:24). Apesar de ser uma autora da área das ciências da educação podemos apropriarmo-nos deste discurso para o contexto da enfermagem.

Para esta autora é um importante período de aprendizagem, mobilizador e integrador de saberes adquiridos e construídos. É também promotor do desenvolvimento de competências permitindo ao aluno consciencializar-se dos diferentes papeis, através do diálogo com a situação. Este diálogo deverá ser orientado por formadores com prática reflexiva, cujo perfil de competência constitui um referencial para os alunos possibilitando a formação. A autora contribui com um descrever de princípios que deverão presidir ao estágio clínico, enquanto um período que se quer de alto relevo para a formação profissionalizante e que o supervisor deverá ter em atenção:

- Princípio da significação: atribuir-se um significado preciso à experiência;
- Princípio da continuidade: estabelecer relação entre as aquisições prévias e as futuras;
- Princípio da organização: sistematização dos saberes resultantes;

- Princípio de desenvolvimento e aprendizagem: pela experiência organizada e sistematizada, levar a uma melhor compreensão dos significados;
- Princípio da qualidade: experiência sentida como motivadora;
- Princípio da reflexão: reflectindo compreende-se o que é aparentemente tácito;
- Princípio da interacção social: a experiência fomenta a interacção entre os pares;
- Princípio da educação: as experiências levam ao desenvolvimento de várias potencialidades do aluno em estágio;
- Princípio da formação holística: o global da pessoa constrói-se numa variedade integrada de experiências vivenciadas (Alarcão, 2001).

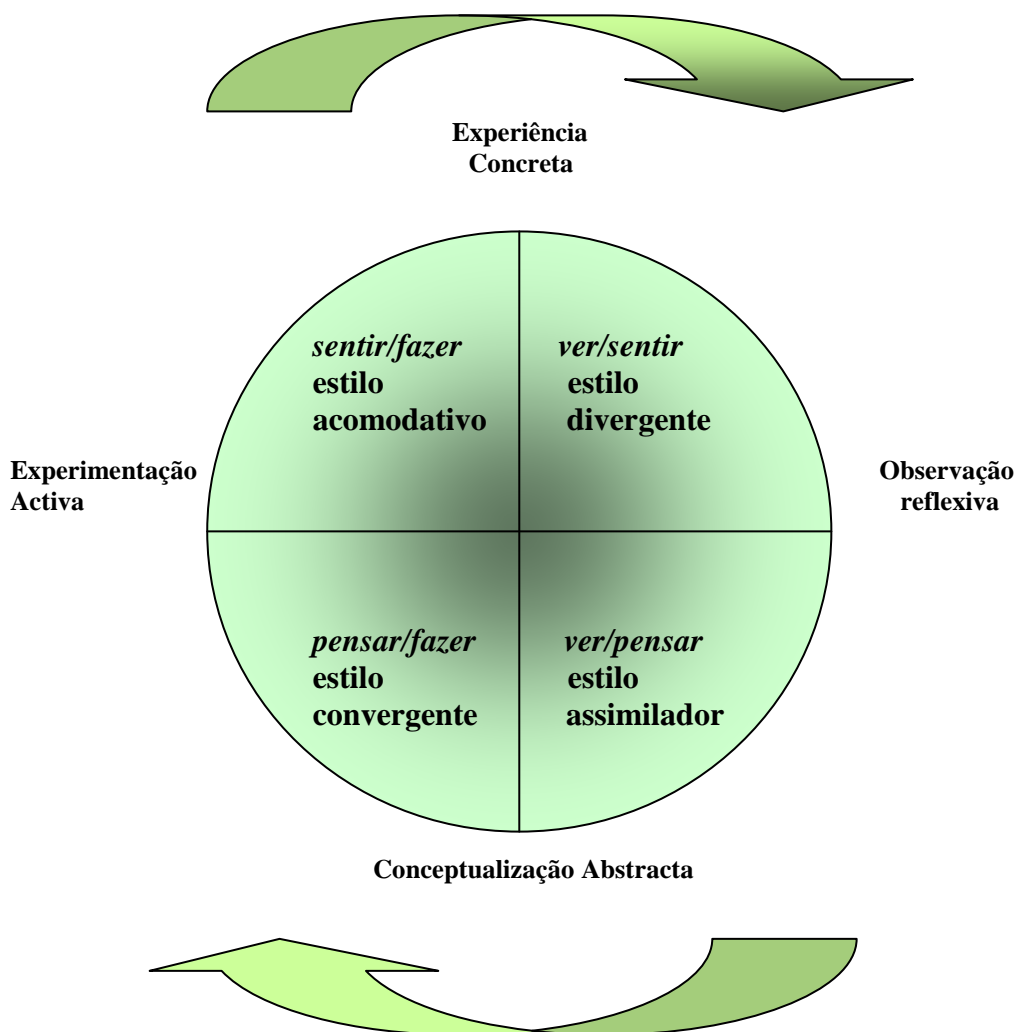
Também Holloway (1995) nos diz que o objectivo da supervisão é a aproximação dos estudante ao exercício profissional, através do envolvimento em contexto real. Afirma ainda que o seu sucesso ocorre numa teia complexa de relações, com um relacionamento profissional de envolvimento mútuo. *“As the supervisor teaches, the trainee is further empowered by: a) acquiring the skills and knowledge of the professional work and b) gaining knowledge through experiencing and articulating interpersonal situations.”*(*ibidem*: 6).

Abreu (2003) dá ênfase ao Modelo de Kolb, ou Modelo de Aprendizagem Experiencial no qual a aprendizagem surge como produto da transformação pela experiência.

Neste sentido, fica-nos a ideia que se aprende de diferentes formas, daí a necessidade de utilizarem-se diferentes estilos de aprendizagem e diferentes estratégias (Figura 2), onde existe um *continuum* de processamento com transformação por extensão, por intenção e, interiorização por apreensão e por compreensão:

- Experiência concreta (sentir) – interagir com os outros;
- Conceptualização abstracta (pensar) – explicação da abordagem teórica para a resolução dos problemas;
- Observação reflexiva (ver) – observar criticamente o que acontece;
- Experimentação activa (fazer) – aplicações e manipulação de situações reais.

Figura – 2: Ciclo de competências e estilos de aprendizagem



Adaptado de Holloway (1995) e de Abreu (2003)

Abreu (2003) considera que o aluno de enfermagem vivencia uma permanente transformação de saberes, sendo esta transformação condicionada por circunstâncias afectivas, cognitivas e sociais. Estas confrontações levam à construção de um sentido para o aluno. Porém, estas só podem ser realizadas se mediadas por um profissional facilitador, familiarizado com as práticas e com o contexto.

Yegdich (*in* Cutcliffe *et al*, 2001) revela que as figuras de Mentor e Preceptor, devem ser introduzidas em todas as instituições de saúde que sejam escolas de práticas para alunos de cursos de enfermagem.

Abreu (2003), abordando o modelo de tutoria, refere a figura de tutor para supervisionar estágios clínicos de enfermagem. Na sua perspectiva não são só os alunos os beneficiados, mas também os profissionais com necessidades de formação ou complemento a conhecimentos já detidos mas não desenvolvidos. E continua a sua linha de pensamento afirmando que: “...o ensino clínico é uma dimensão estruturante da qualidade dos cuidados de saúde.” (ibidem:12).

Parece-nos importante, no entanto, no intuito de esclarecer sobre algumas nomenclaturas abordadas pelo conjunto de autores referenciados, como de mentor, preceptor, tutor, entre outros, que utilizaremos um termo mais geral que será o de supervisor.

A supervisão das práticas

Nos contextos de saúde, o supervisor clínico de enfermagem é um enfermeiro, consultor, conselheiro, orientador, que estabelece e desenvolve relações de ajuda e que:

- Disponibiliza os seus saberes avaliando as necessidades de formação e de suporte emocional;
- Promove e coopera em processos de mudança;
- Dá visibilidade e incentivo às boas práticas;
- Promove a auto-reflexão;
- Desenvolve processos de reflexão-acção sobre o seu próprio papel como supervisor (Abreu, 2002).

Na continuidade deste raciocínio, Ooijsen (2000) acrescenta que o processo se deve sedimentar com base em sentimentos de:

- Compreensão dos problemas do contexto gerindo os conflitos;
- Envolvimento no processo;
- Incremento das oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional;
- Defesa da reciprocidade e negociação do processo.

Finalmente, Frawley-O'Dea (2001) introduz o aspecto da avaliação em que as correcções a realizar são feitas em tempo útil.

A análise das práticas é uma consequência da própria prática, como nos diz Holloway (1995).

Relacionando o conceito de “*artistry*” (mestria) de Schön (1990), dando ênfase à emergência duma relação eminentemente reflexiva, Holloway (1995) refere a análise das práticas como um momento de aprendizagem, em que o ambiente onde decorre a acção é fundamental também para as aprendizagens cognitivas.

Apesar de não se referir objectivamente à supervisão clínica em enfermagem, Benner, afirmava que os domínios das práticas de enfermagem eram: os de papel de ajuda, a função de *teaching-coaching* e desenvolvimento de competências, passando de *novice*, a *advanced beginner*, a *competent*, a *proficient* e, finalmente a *Expert* (1984).

Para Bond e Holland (1998), o objecto da supervisão clínica em enfermagem são as práticas e todo o contexto onde estas decorrem, o que sugere que estas têm de ser analisadas à luz dos constrangimentos e forças que as envolvem.

Ooijen (2000) refere que as práticas têm de ter um denominador de acção, que é o prestador. Ora este, para aceder com sucesso a um processo de supervisão, sendo também supervisionado, deverá interrogar-se sobre o porquê da necessidade de supervisão; como se encontra no exercício da sua actividade; o que precisa de aprender mais; o que é que mais lhe interessa; o que é mais difícil de entender e de desenvolver; que capacidades e competências querem melhorar; quais as suas capacidades que deve desenvolver mais.

Algumas das problemáticas identificadas como complexas, no capítulo 2.2., terão aqui um enquadramento preferencial, que pode por nós ser sistematizado e que a supervisão das práticas terá uma dimensão estruturante, nomeadamente quando nos referimos a:

- Relação de ajuda;
- Promoção da melhoria do estado de saúde do doente;
- O cuidar de doentes em fim de vida;
- A identificação de problemas nos doentes;
- Aspectos da comunicação com o doente e a família;
- Aspectos de inovação tecnológica;
- Auto-formação e apoio na formação de futuros profissionais.

Para Butterworth (1992) a supervisão aponta para a identificação de soluções de problemas, melhoria efectiva da prática e aumento de competências, capacidades e conhecimento dos profissionais.

A relação supervisiva

A relação supervisiva que se estabelece entre supervisionado e supervisor deve estar fundamentada em princípios base de um relacionamento proveitoso para ambos os intervenientes no processo e enquadrados no contexto onde decorre (Holloway, 1995). Esta autora, baseando-se em Donald Schön, refere que os processos de supervisão devem ter por base uma relação supervisiva reflexiva.

Esta relação aceita como base o Princípio da Pessoaalidade, identificado por Sá-Chaves (2000), para êxito do processo de supervisão clínica em enfermagem: aceitar o outro como um ser único e singular. Para tal, concorrem determinadas características do supervisor, como referem Bond e Holland (1998) e que aqui colocamos com a nossa reflexão:

- É um elemento responsável na instituição;
- Está disponível para a formação e aceita esta como um processo de desenvolvimento pessoal e profissional;
- Sabe “cuidar”, numa perspectiva humanista, tanto o seu doente como o seu enfermeiro, colega ou aluno, estabelecendo uma relação de ajuda, de suporte e motivando-o para o seu desenvolvimento;
- Sabe avaliar, porque consciencializa o erro, comentando-o e reduzindo-o em tempo útil;
- Medeia a relação supervisiva entre o supervisionado e a organização, tendo em consideração, os objectivos institucionais e os objectivos do projecto pessoal do supervisionado;
- Tem competência reconhecida, formal ou informal, pelo valor da sua experiência, maturidade ou conhecimentos adquiridos;
- Tem experiência ontológica.

Também Munson (2002) coloca a relação no centro do processo de supervisão clínica ao grupo profissional de assistentes sociais. Apesar de identificar estilos de supervisão, refere que não existem receitas apriorísticas sobre como deve ser executada essa mesma supervisão.

É importante reconhecer o supervisor clínico em enfermagem como um enfermeiro, consultor, formador, orientador e conselheiro, com as características de um profissional reflexivo. É conhecedor dos conteúdos de formação da área que supervisiona, tem conhecimento dos contextos, dos valores, fins e objectivos institucionais e os dos projectos pessoais de quem se encontra em desenvolvimento inicial. Também aceita que se encontra, ele próprio, em formação e desenvolvimento permanente, com conhecimento de si, através das suas capacidades e competências meta-cognitivas, traduzidas pelo desenvolvimento das características do profissional reflexivo (Sá-Chaves, 2000).

Cotrell (2000), refere-nos que o supervisor clínico de enfermagem deverá ter os seguintes atributos: competência; experiência; aceitabilidade; confidencialidade; benevolência, empatia e ser encorajador.

Para Ryam (1998), tem de haver alguma autoridade da supervisão, instalada no próprio supervisor. Trata-se de um requisito necessário mas sem no entanto ser punitiva, mensurativa, disciplinária ou com recompensas.

Bernard e Goodyear (1998) e Falvey (2002) ressaltam os factores éticos da relação supervisiva com a influência dos aspectos individuais e desenvolvimento das diferenças. Salientam as diferenças de sexo, da idade, do sistema de crenças e valores, com implicações fundamentais no êxito desta relação.

Johns (2000) estuda os processos da relação supervisiva no novo paradigma da construção da prática de uma profissão e revela que o supervisor das práticas, como um profissional reflexivo, deve estar disponível para a essência de uma prática holística de vários intervenientes. Deve responder em apoio e suporte das práticas com intervenção ajustada à realidade do contexto, apropriada e efectiva. As suas capacidades são desenvolvidas em torno de se conhecer e gerir o seu “*self*” para o cuidar da relação. Deve ter em consideração, na relação com o outro, a utilização de uma comunicação assertiva e criar o ambiente propício para uma prática holística de suporte e de intervenção supervisiva.

Algumas questões devem ser postas pelo próprio supervisor quando solicitado para estas funções para enriquecer uma futura relação supervisiva, como refere Ooijen (2000:81-82): “*O que é a supervisão? Qual o propósito da supervisão? Quais são as regras fundamentais do processo de supervisão? Quais as capacidades e competências que eu possuo? Quais as capacidades e competências que tenho de desenvolver? Qual o treino que devo ter?*”.

Frawley-O’Dea (2001) revela-nos que não pode haver receitas sobre o como se deve estabelecer uma relação supervisiva. Sendo uma autora do campo de apoio psicoterapêutico, diz-nos que a individualidade específica de cada caso e em cada momento carece de uma reflexão permanente sobre a situação em causa. Acrescenta ainda que o perigo de padronizar uma relação supervisiva, mesmo numa abordagem puramente académica, é evidenciado pelo insucesso do apoio que era requerido. Para ela, compete ao profissional que apoia e orienta, ter um compromisso consigo próprio no sentido de ele mesmo se encontrar a ser supervisionado como forma de crescer nas suas competências supervisivas.

Para Holloway (1995), o elemento mais dinâmico da supervisão é a relação que se estabelece entre supervisionado e supervisor. Acentua que a relação deve ser constituída na prática (*professional role - ibidem:19*), com identificação das forças concorrentes (*tasks – ibidem:12*) e em que haja competências de aconselhamento (*counselling skill – ibidem:19*). Ao articular as várias etapas do processo: reflectir, entender, conceptualizar e aplicar, está a desenvolver as suas tarefas, sendo o efectivo tradutor da teoria e da pesquisa para a prática.

Numa perspectiva de interacção e suporte, Bond e Holland (1998), baseadas no modelo de Hawkins e Shohet (1989), desenvolvem um trabalho centrado nas competências para a efectivação de uma relação supervisiva. No que respeita ao supervisor, este terá ser um profissional com mais qualificações que o supervisionado, na área dessas práticas e com relevância nessas mesmas práticas clínicas. Referem ainda que “*Management supervision and clinical supervision are different functions and should not be undertaken by the same person*” (*ibidem:18*); o enfermeiro gestor da unidade não deve assumir essas funções de supervisão das práticas.

Devem assumir a figura para “*preceptor support and mentor support; with psychotherapy and counselling*” (*ibidem: 20*). Terão de ter em consideração as políticas

directivas, preocupações com a melhoria dos primados de qualidade para o cliente, participar no debate sobre a filosofia do cuidar, desenvolvimento de processos formativos e motivação para o seu próprio processo de desenvolvimento de competências. Sendo que as medidas que o supervisor deve estabelecer se apresentam como::

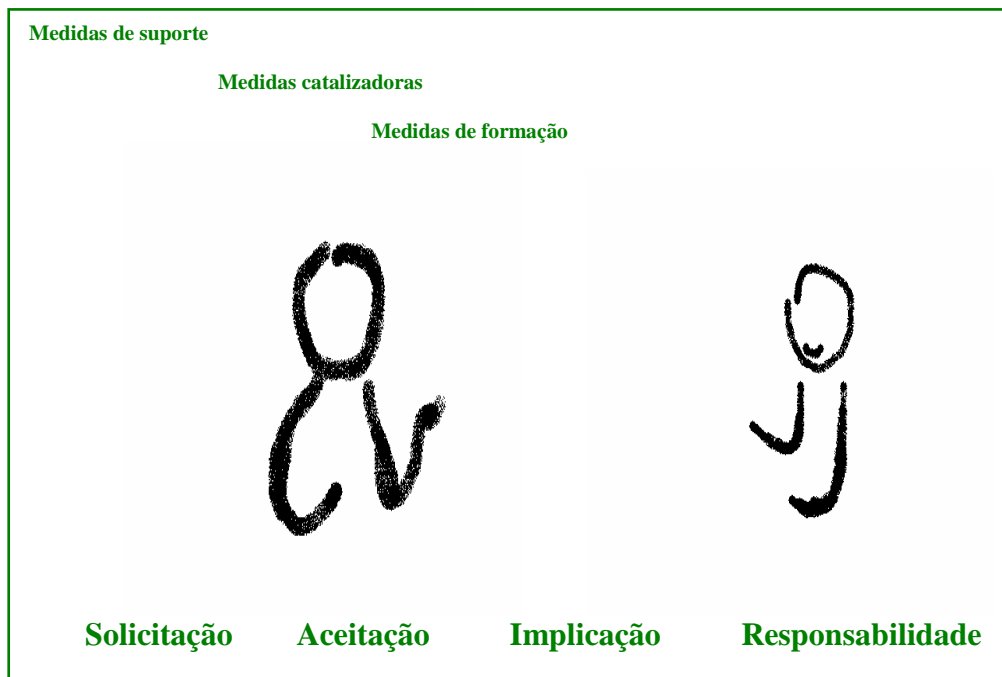
- Ser explícito no suporte,
- Ter em consideração as formas de ajuda;
- Desenvolver os processos comunicativos;
- Ser encorajador;
- Focalizar-se os aspectos mais relevantes dos assuntos;
- Ser clarificador;
- Desenvolver as actividades do processo de uma forma faseada;
- Utilizar as energias do próprio supervisionado, mais do que dar conselhos, dar informações para reflexão;
- Saber avaliar;
- Saber reflectir (*ibidem*: 1998).

Na perspectiva de Abreu (2001), o supervisor é formador, quando criando situações de aprendizagem em contexto desenvolve conhecimentos e técnicas. É consultor quando estabelece uma relação efectiva de ajuda, disponibilizando-se em termos de saberes e de si próprio enquanto recurso humano, ajudando a promover as mudanças necessárias. É conselheiro quando compreende os problemas identificados através de uma avaliação de quem tem à sua frente.

Uma das formas de garantir o sucesso é efectivar e negociar uma base de trabalho entre ambos, supervisor e supervisionado, em que os dois discutem os seus objectivos e o que pretendem. Delimitam as problemáticas já que a supervisão é uma acção formal de ajuda e traçam linhas de acção programadas em tempo e espaço através de um processo de reflexão na acção. Envolvem a instituição como agente facilitador do processo e garantem um padrão de confidencialidade determinado por um documento escrito (Bond e Holland, 1998).

A solicitação de apoio, a aceitação do processo, a implicação de ambas as partes com uma responsabilidade repartida, são algumas das características evidenciadas por estes autores (Figura 3).

Figura – 3: Algumas das características da relação supervisiva



(Adaptado de Bond e Holland, 1998)

No entanto, pensa-se ser útil abordar uma questão que tem surgido e detectada por muitos autores, nomeadamente Bernard e Goodyear (1998) que relatam que a existência de um supervisor é muitas vezes condicionada à ausência de preparação e treino. A investigação na área da supervisão deve centrar também os seus efeitos na figura do supervisor, já que a grande maioria dos resultados ficam confinados ao supervisionado. Para tal, sugere investigações sobre supervisão de supervisores para não se dar o efeito de “*the blind leading the blind*” (*ibidem*:244).

3.4. A supervisão na promoção da qualidade

“The practitioner’s performance can be systematically summarised in reflective reviews as part of a quality system. A more formal reflective way to manage quality is by constructing reflective standards of care.”

Johns (2000:216)

As questões da qualidade estão na ordem do dia e são transversais ao nosso quotidiano. A qualidade em saúde, um aspecto incontornável das actuais políticas de saúde, tem um impacto muito forte nas actividades desenvolvidas pelos profissionais, pelos resultados obtidos e pelos recursos utilizados. Independentemente das estratégias que se possam implementar, existirão sempre fortes pressões e motivações, quer económicas, sociais, políticas ou profissionais, para que a qualidade seja uma realidade.

O conceito de qualidade é extremamente difícil de definir, na medida em que tem significados diferentes para diferentes pessoas, porque esta é definida em relações e a graus de excelência. Quase todas as pessoas têm uma opinião própria sobre o que é qualidade, confundindo-se, por vezes, com *caro*, *excelente*, *prestígio* ou simplesmente *bom*. Lopes e Nunes (1995: 11), referem que “...a qualidade é uma cultura e que só se atinge com a interiorização e a vivência, esforço contínuo de todos para fazer bem, produzir o melhor, definir o que é desejável e atingir em conformidade com os padrões definidos. A qualidade exige uma partilha de valores que tem a ver com a cultura da organização, com as ideias e valores o que está correcto e é desejável.”

Tem aumentado de forma exponencial, como necessidade organizacional das instituições de saúde, a promoção da qualidade através de processos de verificação das práticas e sua análise pela própria solicitação dos utilizadores (Guilmore, 2000, *in* Cutcliffe *et al*, 2001). A atenção em matéria de qualidade dirige-se a três áreas fundamentais: ao contexto da assistência em matéria de saúde, ao sujeito produtor de cuidados e ao utente.

No caso específico da formação em contexto de trabalho, a racionalização com vista à qualidade promove um conjunto de práticas articuladas com suporte em mecanismos específicos que fazem com que a organização que aprende desenvolva também a eficácia e a qualidade (Canário, 1999).

Mais do que promover e desenvolver a qualidade dos serviços de saúde, compreende-se que existe necessidade de lhe dar sustentabilidade através de programas de melhoria contínua de qualidade (Boavista, 2000).

O Instituto de Qualidade da Saúde (IQS) é um instituto público que promove a melhoria sustentada da qualidade através de desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos para a qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Para Boavista (2000), a melhoria contínua da qualidade em saúde é um sistema organizado para incentivar, de forma continuada e consistente, os procedimentos, os resultados e o serviço prestado pelas instituições de saúde. Este programa nasceu em 1997 e envolveu não só o Ministério da Saúde mas também um conjunto variado de instituições interrelacionadas. Tinha como objectivo à data, preparar cada instituição de saúde para liderar e gerir cuidados, centrados nas necessidades e expectativas dos utentes, seus principais clientes. A autora revela que um dos instrumentos para a garantia da qualidade nas instituições de saúde, que o sistema poderia introduzir, era a acreditação.

Como inovação, o conceito de qualidade deve ser assumido em sentido lato, isto é, como **qualidade total**. Constitui-se com medidas estratégicas a prosseguir nas mudanças em saúde. Assume-se como relativo, ou seja, existe em relação a algo e é mensurável. Quando se afirma que se prestam serviços de qualidade deve conhecer-se o padrão utilizado para termo de comparação. Implica-se a sua dinâmica, pois o que em determinado momento é assumido como qualidade pode ser encarado de modo diverso em momentos posteriores. A sua sustentabilidade decorre de se proceder à monitorização do processo, do contexto e dos resultados (Portugal, 1998).

A qualidade em saúde apresenta algumas características: satisfazer e diminuir as necessidades, oferecer sempre mais e melhor; ter uma atitude projectiva para prevenir e dar resposta às necessidades; reunir atributos tais como efectividade, eficiência, aceitabilidade e equidade e não se circunscrever à exigência única da aceitabilidade. Surge como uma exigência de todos aqueles que se encontram envolvidos na assistência em matéria de saúde e sendo vista como um atributo essencial para a garantia de segurança dos mesmos. A humanização e modernização das instituições de saúde passa, não só por intervenção a nível de infra-estruturas, equipamentos e recursos humanos, mas sobretudo por uma mudança clara de atitudes de todos os prestadores e utilizadores dos cuidados de saúde, que tem vindo a conduzir à acreditação de uns e à satisfação de outros (Nunes e Rego, 2002).

É pois fundamental que a opinião dos utilizadores dos Serviços de Saúde seja incorporada no processo de tomada de decisão. Os cidadãos e a comunidade em geral têm

naturalmente a legítima expectativa de que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos de avaliar os cuidados prestados, de molde a saber se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível. Demonstrar que isto acontece, sendo uma responsabilidade colectiva é, em última análise, parte integrante da missão das administrações hospitalares (H.D.A., 2001).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) identifica como componentes de *Cuidados de Saúde de Qualidade*: elevado grau de excelência profissional e eficiência na utilização dos recursos com os riscos mínimos para os doentes e a satisfação para os utilizadores com a obtenção de resultados de saúde.

A melhoria contínua da qualidade concretiza-se através de um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados.

O desenvolvimento da qualidade caracteriza-se então por corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada, ser um processo contínuo num quadro de responsabilidade e participação colectivas, com significado numa evolução sustentada:

- De uma prática baseada na experiência, para uma prática baseada na "evidência científica" e na escolha informada do cidadão;
- De uma melhoria baseada só no desempenho profissional, para uma melhoria de cuidados envolvendo os cidadãos como parceiros, tendo cada cidadão um projecto individual de saúde;
- De uma qualidade mono-disciplinar, para cuidados partilhados e melhoria dos processos complexos de produção e prestação dos cuidados de saúde;
- De uma educação profissional contínua e avaliações de qualidade, para uma gestão da doença num quadro de melhoria contínua da qualidade (Boavista, 2000).

Os hospitais portugueses têm vindo a desenvolver, e a demonstrar, um progressivo e crescente interesse sobre a qualidade, com particular incidência nos últimos anos, tendo já um importante capital de experiência, de que se destacam a elaboração e utilização de diversas linhas de orientação clínica, protocolos locais e vários processos de acreditação.

Boavista (2000) dá-nos conta do estabelecimento de protocolos de acreditação, entre as instituições hospitalares portuguesas, que livremente aderem ao sistema do *King's Fund Health Quality Service* do Reino Unido. Foi assinado um protocolo de colaboração para o desenvolvimento do Sistema Português da Qualidade na Saúde, entre o Ministério da Saúde e esta instituição inglesa, ao qual muitos hospitais já aderiram.

O *King's Fund Health Quality Service* do Reino Unido (KFHQS) é uma fundação independente, sem fins lucrativos, fundada em 1887 pelo Príncipe de Gales, posterior Rei Eduardo VII, que possui personalidade jurídica e actividade independente. A sua missão na actualidade (desde 1997) é de contribuir para estimular as boas práticas e “inovações” em várias áreas da gestão dos cuidados de saúde. Oferece um processo único de melhoria da qualidade e acreditação que foi criado em exclusivo para instituições hospitalares públicas ou privadas. A grande ênfase desta acreditação está no processo, mas o que não invalida que se tenha em atenção: as pessoas envolvidas, o contexto e os resultados.

Este programa de acreditação fornece às instituições a revisão de todos os procedimentos organizacionais nela praticados com vista à melhoria das práticas de saúde às populações e um desenvolvimento profissional e pessoal, através da mobilização de todos no decorrer do programa. O sistema possui uma grande simplicidade e facilidade de aplicação, compondo-se de seis fases: estabelecimento de padrões aceitáveis à realidade das instituições, legislação nacional e comunitária; auto-avaliação periódica, auditorias com apelos à evolução; revisão por pares credenciados; relatórios intercalares; acreditação; análise das repercussões na sociedade e nos profissionais (Boavista, 2000).

O desenvolvimento de auditorias aos hospitais que são acreditados confere qualidade às práticas de cuidados de saúde. Ao visualizarem-se as seis (6) secções que compõem o documento, com um total de sessenta e nove (69) normas subdivididas em cerca de 1300 critérios, depara-se com duas normas ligadas ao serviço de enfermagem, no seu desempenho e com breves referências à supervisão, para além de uma nova introdução no aspecto da gestão de risco, nomeadamente (H.D.A., 2001, s.p.):

*“Norma 13 – **Desenvolvimento e Educação do pessoal:** está implementado um programa de desenvolvimento e educação que facilita o desenvolvimento profissional de cada membro do pessoal e é consistente com os objectivos da organização.*

13.10. Todo o pessoal da instituição recebe, desenvolve formação e actualização, com supervisão dessa mesma formação (seguem-se critérios e orientações);

Norma 51 – Serviço de Enfermagem: Desenvolvimento e educação do pessoal de enfermagem.

51.10. Como parte do programa de actualização profissional e de educação contínua, proporciona-se formação e educação adicional e supervisão clínica apropriada para apoiar as enfermeiras a desenvolverem-se no âmbito das suas práticas profissionais. Orientação: A supervisão clínica neste sentido significa reflectir na prática clínica, dando suporte às necessidades detectadas, através de um profissional qualificado, estando em linha com as declarações de posição do UKCC.”

Para além deste programa de acreditação, temos conhecimento de outros, na comunidade internacional que são já objecto de análise no nosso contexto, como sejam: a *Join Comission on Accreditation of Healthcare Organizations* dos Estados Unidos e a *European Fundation of Quality Management*. Também estas instituições reguladoras referem a supervisão das práticas como forma de garantir sistemas de qualidade e de segurança da assistência (Abreu, 2003).

No âmbito deste modelo, a supervisão clínica em enfermagem não apresenta só como consequência a satisfação profissional do enfermeiro, mas também a melhoria da qualidade das suas práticas de enfermagem, através da reflexão permanente sobre os cuidados que são prestados aos utilizadores dos serviços de saúde.

Como exemplo histórico no nosso contexto, temos o Hospital Pedro Hispano que em estudo piloto nos finais dos anos 80 do século XX foi dos primeiros a equacionar as questões da qualidade em matéria da assistência em saúde.

Para Hesbeen (2001) a qualidade dos cuidados de enfermagem depende em primeiro lugar do empenhamento pessoal dos enfermeiros. Mas este autor refere ainda que a qualidade, vista só neste sentido, pode ter uma concepção redutora, como é vulgar dizer-se, “qualidade dos cuidados”, em vez de “qualidade do cuidar”. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova de algum talento e criatividade dos enfermeiros.

Para Cutcliffe (2001), apesar de reconhecer que a maioria dos estudos realizados à data, tem resultados virados para o aumento da satisfação no ambiente de trabalho e diminuição do *stress*, refere que as metodologias de supervisão, utilizando a análise e discussão dos casos clínicos tem contribuído para o “...improve quality client care” (*ibidem*:225).

A qualidade do cuidar depende de aspectos políticos e económicos envolvidos; da organização concreta das estruturas hospitalares; da reflexão permanente perante os resultados das investigações realizadas; da formação dos enfermeiros e do desempenho apoiado, que leva ao aumento dos índices de competência dos enfermeiros envolvidos, já que: “*A experiência, só por si, não gera conhecimento*” (Hesbeen, 2001:64), “*...alguns profissionais possuem vastos conhecimentos, mas têm dificuldade em combiná-los com os dos outros ou em acordá-los com as realidades do ambiente*” (*ibidem*:73).

Sale (2000) afirma que a garantia da qualidade de qualquer cuidado de saúde é dada pelo comportamento dos utentes, perante esse cuidado efectuado e sentido pelos sujeitos envolvidos, ou seja, uma ênfase nos resultados, ou a quem estes são identificados, mas também nos actores.

Smith e Cottrell (2000) realçam o aspecto de que independentemente do modelo adoptado, do processo desenvolvido e do contexto, a supervisão clínica em enfermagem tem uma função de garantia de qualidade das práticas através da adequação do conhecimento destas com as realidades organizacionais.

Sendo a qualidade uma perspectiva desenvolvida pela organização de saúde, as suas implicações fazem com que a enfermagem, enquanto profissão exercida numa organização, desenvolva também ela mecanismos de criação de normas para a monitorização das suas práticas (Sale, 2000).

A supervisão clínica em enfermagem, favorecendo a auto-reflexão nos contextos profissionais, tem dado importantes contributos no desenvolvimento de índices de qualidade nas organizações de saúde, através da relevância do campo profissional da enfermagem, pela formação profissional, pelo cariz de suporte das práticas, da supervisão e pela competência dos próprios supervisores (Guilmore, 2000, *in* Cutcliffe *et al*, 2001)

Richardson e Kemp (1995) revelam a existência de “*facilitadores*” (*ibidem*:109-110) como figuras institucionais que apoiam e desenvolvem padrões de cuidados organizados, através da análise conjunta das práticas, avaliados de uma forma independente, relacionados com processos de reflexão com vista à excelência dos cuidados de saúde prestados.

Fish e Twin (1997) afirmam que a supervisão clínica nos vários grupos profissionais de saúde, tendo em atenção a reflexão sobre as suas práticas, elevam não só a

sua satisfação profissional, numa perspectiva psicopedagógica, mas também a satisfação dos clientes do sistema de saúde numa perspectiva organizacional.

Hesbeen (2001), na linha anteriormente abordada, enquadra o pensamento e acção do cuidar como forma de desenvolvimento de práticas que vão de encontro ao sujeito necessitado. Para este autor, a qualidade reside na atitude de reflexão e de aproximação que o enfermeiro faz e com o diálogo situacional, entre o que a instituição tem para dar e o que o sujeito quer receber.

Ryam (1998) enumera várias componentes do processo da supervisão clínica em enfermagem que interfere de forma diferente na qualidade das práticas: o desenvolvimento das competências, a formação, o suporte, o desenvolvimento das práticas através da integração da teoria e a modelação e desenvolvimento dos papeis dos vários intervenientes na acção.

4. UNIDADE SOCIAL EM ESTUDO: A *UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, HOSPITAL PEDRO HISPANO S.A.*

A escolha desta instituição para a realização do estudo proposto encontra-se intimamente relacionada com o nosso conhecimento de se tratar de uma instituição de referência. Contribuiu também a sua proximidade ao nosso contexto profissional, às suas vicissitudes e constrangimentos, forças decorrentes, cultura organizacional e enquadramento nas actuais políticas de saúde, nomeadamente políticas de qualidade.

Apesar das questões que actualmente se levantam sobre a nomenclatura desta instituição, iremos usar a de Hospital Pedro Hispano, S.A., com as siglas H.P.H., e não a de Unidade Local de Saúde de Matosinhos, que engloba o hospital e 5 centros de saúde com as respectivas extensões, também pelo facto do nosso estudo incidir em instituição de cuidados de saúde diferenciados e não em cuidados primários de saúde.

4.1. Breve caracterização do hospital

Uma abordagem histórica do “Hospital”, enquanto local de eleição para a prestação de cuidados de saúde na doença e sua evolução até aos dias de hoje, é necessária para entendermos o contexto do estudo proposto. Para esta caracterização, contribuíram as análises de alguns documentos cedidos (Manual de Integração para Profissionais do H.P.H.), conversas informais com responsáveis da instituição e, visitas ao hospital e a serviços de internamento (nomeadamente ao Serviço de Medicina – E, onde se colheram algumas notas de campo).

O Hospital Pedro Hispano, S.A., que passaremos a escrever H.P.H., é uma instituição hospitalar desde 20 de Março de 1997, integrado na Unidade Local de Saúde em Julho de 1999, sendo um sucedâneo do anterior Hospital Distrital de Matosinhos, situado junto à Câmara Municipal deste concelho limítrofe da cidade do Porto. De grandes dimensões, a sua estrutura física apresenta-se hoje de uma forma simples mas com qualidade arquitectónica, com muita luminosidade natural dada por espaços abertos, jardins interiores bem cuidados e com meios actualizados, adequados e funcionais à

prestação de cuidados de saúde à população envolvente que se cifra em aproximadamente 428000 habitantes.

O seu nome está associado a um dos maiores vultos portugueses do Século XIII. Nascido em Lisboa, Pedro Julião tornou-se médico passando-se a chamar Pedro Hispano Portucalense. Foi ele o único português a subir ao sólio pontifício com o nome de João XXI em 1276. Grande e notável figura da época, foi também filósofo e matemático, estudando e aprofundando diferentes temas da teologia, da lógica, da psicologia e da história natural, interpretando e comentando, aplicando os princípios da lógica e do raciocínio. É talvez devido a estas virtudes que foi adquirido o seu nome para ser patrono desta instituição hospitalar (Saraiva, 1993).

Em termos humanos dispõe hoje de recursos qualificados em que o bom ambiente de trabalho e a colaboração inter e intra sectorial, são características dos seus profissionais que são aproximadamente 1200 para um total de 430 camas.

Em relação à qualidade dos cuidados, é de salientar que de acordo com estudos de Ferreira (2002), estudo realizado neste hospital, releva importância acrescida para a qualidade dos profissionais de enfermagem citados neste documento.

O H.P.H. é uma sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, Sociedade Anónima (S.A.), pessoa colectiva, prevista pelo Decreto-Lei nº. 283/2001 de 10 de Dezembro e integrado no Serviço Nacional de Saúde. Tem por objectivo facultar à comunidade em que se integra, a prestação de cuidados gerais, diferenciados e especializados, de natureza preventiva, curativa e de reabilitação. Para tal tem os seguintes serviços de assistência onde se encontram enfermeiros em exercício:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - Bloco de Partos; | - Imagiologia; |
| - Bloco de Partos/ Consulta Externa; | - Medicina D; |
| - Bloco de Partos/ Gravidez de Alto Risco (GAR); | - Medicina E, |
| - Bloco Operatório; | - Medicina F; |
| - Cirurgia B, | - Medicina M; |
| - Cirurgia C; | - Neonatologia; |
| - Consulta Externa; | - Obstetrícia; |
| - Consulta Externa/ Exames Especiais; | - ORL/Oftalmologia; |
| - Consulta Pediatria; | - Ortopedia; |
| - Emergência Geral; | - Pediatria; |
| | - Unidade de Cuidados Intensivos; |

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| - Emergência Pediatria; | - Urologia; |
| - Gravidez de Alto Risco; | - Formação; |
| - Ginecologia; | - Esterilização; |
| - Hemoterapia; | - Comissão de Higiene e Controle de |
| - Hospital de Dia; | Infecção Hospitalar |

(Organograma do HPH, 2001, facultado para leitura de documento interno)

Como já referido, após o desafio lançado pelo Instituto de Qualidade em Saúde para que os hospitais se integrassem num programa de acreditação, o H.P.H., inicia este processo com o *King's Fund Health Quality Service* em Maio de 2000 e tornou-se, em Agosto de 2002, um dos primeiros hospitais portugueses a ser totalmente acreditado.

Em continuação e aprofundamento dos padrões de qualidade, foi aprovado, em Setembro de 2002, um projecto de desenvolvimento na área de supervisão clínica em enfermagem.

À data de Setembro de 2002 existiam 582 enfermeiros (com as categorias de: enfermeiros, enfermeiros graduados, enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes) sendo 299 os enfermeiros que se encontravam em regime de contrato. Dos restantes 283 do quadro da função pública, 8 são enfermeiros chefes, 48 enfermeiros especialistas, 163 enfermeiros graduados e 64 enfermeiros (dados fornecidos por consulta ao último censo interno do H.P.H.).

4.2. O hospital no âmbito do Serviço Nacional de Saúde

Nunca é demais afirmar que os hospitais constituem um segmento insubstituível e dos mais significativos do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neles estão instalados os saberes, os conhecimentos e as tecnologias capazes de recuperar a vida, aliviar a dor e curar a doença. Neles trabalham milhares de profissionais de várias carreiras, cujas competências constituem um património técnico e científico indispensável para fazer evoluir o sistema de prestação de cuidados para níveis que se adequem melhor às exigências, às expectativas, solicitações e necessidades dos cidadãos.

O Hospital é "...um estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios

complementares de diagnóstico e de terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica" (DEPS/DE,1996, in Portugal, 1998, s.p.).

Os hospitais são organizações muito complexas, desenvolvendo a sua actividade num sistema composto por múltiplos agentes, de natureza, nível e natureza diferentes, actuando com todas as expressões da sociedade civil porque nela se encontram inseridos. A relevância individual e social da sua actividade determina uma exposição sem paralelo e implica por parte dos seus profissionais, qualquer que seja o nível em que se encontrem colocados, uma enorme responsabilidade sobre os resultados dos cuidados prestados, quer à dimensão colectiva quer à dimensão individual dos utilizadores (Frederico e Leitão, 1999).

Numa perspectiva de administração de tipo empresarial, associada à elevada especialização dos meios envolvidos, a complexidade do ambiente em que o hospital funciona e, o crescente grau de exigência dos consumidores, transitou-se rapidamente para uma produção empresarial, com preocupações acrescidas de rentabilidade, controlo de custos e qualidade. Os constrangimentos financeiros no contexto hospitalar aparecem marcados por limitações financeiras, decorrentes da escassez de recursos e da mudança de enquadramento e posicionamento do hospital, em simultâneo com um conjunto de reformas dos sistemas de saúde, que impõem maior qualidade e satisfação dentro de apertados limites orçamentais (Carapinheiro, 1998).

O modelo de hospital público para o futuro, que parece ser identificado com o H.P.H. S.A., deve respeitar um conjunto de valores e princípios fundamentais, conciliando instrumentos de desburocratização, de agilização e melhor uso de recursos, com a essência e os valores que o hospital público deve defender.

Assim o modelo deverá:

- Manter a acção do hospital orientada sobretudo para o cidadão e promovendo os seus direitos;
- Dar garantia de permanência e fluidez de acesso, sem qualquer forma de discriminação;

- Justificar as mais fundadas expectativas de obtenção de significativas mais-valias, em matéria de eficiência e, particularmente, de satisfação dos utentes e profissionais;
- Sustentar o papel estruturante da vida comunitária que o hospital prossegue;
- Conferir garantia de qualidade às prestações, designadamente através da manutenção das diversas carreiras, salvaguardando, até onde for legítimo, os direitos dos profissionais;
- Garantir uma muito maior responsabilização dos gestores;
- Promover a mais correcta colaboração com os diferentes prestadores;
- Potenciar a capacidade de resposta à mudança;
- Envolver todos os intervenientes, prestadores de serviços, como elementos em permanente desenvolvimento profissional e pessoal (H.D.A., 2000).

Para além dos instrumentos e modelos de gestão com potencial de inovação que os hospitais venham a desenvolver ou adoptar, uma terceira linha consiste em, assegurando a diversidade essencial ao crescimento e aperfeiçoamento dos modelos de gestão, garantir o desenvolvimento de modelos de gestão privada de hospitais públicos de raiz ou privados contractualizados com o S.N.S. (Nunes e Rego, 2002)

E tais modelos não decorrem apenas de considerações de natureza política ou ideológica. Correspondem, também, à busca de soluções que economicamente apresentem benefícios, não sendo prejudicados os princípios essenciais que devem nortear o SNS e o funcionamento dos hospitais, em particular. Assegurado que seja o interesse público, a equidade, a qualidade dos cuidados, os profissionais envolvidos e a inexistência de barreiras artificiais ao acesso e utilização em termos idênticos para todos os cidadãos, nada obsta, de facto, a que se enverede, em situações pontuais e concretas, por soluções de gestão privada de hospitais públicos, construção e exploração de hospitais públicos (com posterior transferência para o Estado) pela iniciativa privada ou contractualização de estabelecimentos privados de hospitalização para fornecimento de serviços ao SNS. Estas três modalidades conhecem já aplicação prática noutros países, com resultados satisfatórios, tendo sido iniciadas em Portugal através do projecto de gestão privada de alguns Hospitais (Portugal, 1998; Nunes e Rego, 2002).

Naturalmente que tais modelos exigem um esforço suplementar do Estado, no que diz respeito às funções de negociação, fiscalização e controlo, mas consubstanciam o princípio da separação de funções (financiador/prestador) ao mesmo tempo que permitirão uma gestão mais racional e eficaz do esforço de investimento público na construção de novos equipamentos hospitalares.

Teoricamente, as organizações deveriam possuir um quadro de pessoal adequado às necessidades de carácter permanente. A dotação anual de pessoal devia estar directamente relacionada com a assistência a desenvolver. São raros os hospitais com os quadros de pessoal convenientemente dimensionados, em quantidade e qualidade, com a estrutura por grupos profissionais adequada. A morosidade inerente à revisão dos quadros não incentiva a sua correcta actualização, antes leva a que alguns hospitais, sabendo o tempo que demora aquela revisão, possam ser tentados a promover a sua inflação. Mesmo possuindo quadros dimensionados, torna-se quase impossível às instituições hospitalares proverem os lugares que necessitam por insuficiência de quotas de descongelamento. Em resultado, multiplicam-se as contratações por vezes irregulares, não existindo suporte jurídico adequado, não obstante a proibição da lei actual quanto à satisfação de necessidades de carácter permanente através de mecanismos de trabalho precário e, em que os profissionais ficam insatisfeitos no decurso da sua actividade (Nunes e Rego, 2002).

Para suprir a falta daqueles mecanismos, com alguma frequência são criadas formas artificiais e até irregulares de pagamento do trabalho. O trabalho extraordinário é um exemplo. Também na atribuição e manutenção dos regimes especiais de trabalho (dedicação exclusiva, regime de horário acrescido ou ainda possibilidade de trabalho em várias instituições) se verificam inúmeros casos injustificados e sem vantagens para as instituições ou até para os profissionais (Portugal, 1998).

Também a prática corrente de não reconhecer os bons desempenhos, dos serviços e profissionais, contribui para aumentar o desinteresse, a desmotivação e o sentimento de não realização profissional que se vai repercutir na qualidade final da assistência em matéria de saúde (Nunes e Rêgo, 2002).

Ambiente e organização do trabalho

Nunes e Rego (2002) lançam como que um desafio, afirmando que é necessário mudar a cultura hospitalar dominante de "*função pública*" e ausência de "*prestação de contas*" para que em nome do interesse público e do serviço à população, se introduzir progressivamente uma cultura orientada para "*objectivos*" e resultados. Os mesmos autores traçam dois aspectos fundamentais para orientação: identificar objectivos e avançar com sistemas de informação.

Objectivos de carácter institucional, individual ou de serviço são princípios estratégicos de mudança que importa fazer compreender e aceitar por todos os agentes. Será tanto mais fácil quanto melhor se conseguir premiar os que maior contributo dão ao sistema. A informatização e os sistemas de informação e comunicação facilitam, sem dúvida, a mudança necessária. Em especial, melhorias na informação e análise permitirão a adequação das cargas de trabalho e dotação de recursos e, assim, aumentar a satisfação dos profissionais (Ferreira, 2002).

Algumas modificações promovidas no sistema e sua articulação permitem a diminuição do número de urgências, o que leva a reafecção de tempo e, em conjunto com a reorganização do ambulatório programado, elimina as grandes aglomerações e sobrecarga de trabalho médico e de enfermagem, para além de outros técnicos⁷. A maior acessibilidade à informação do doente (contida em processo clínico no hospital de forma informatizada) e as maiores facilidades de comunicação interna e externa tornam o trabalho mais motivador e menos penoso, desenvolvendo-se também as competências e as capacidades dos profissionais (Ferreira, 2002).

Também a realização de programas, na área da qualidade e da melhoria da gestão, e a consequente constituição de grupos de trabalho contribuirão para aquele desiderato, envolvendo todos os funcionários para uma filosofia de qualidade. Para os sistemas de compensação, é cada vez mais consensual a ideia de incrementar a produtividade através de uma adequada política remuneratória, ou seja, a par da remuneração prevista na carreira deverá existir um complemento remuneratório associado à actividade realizada, como

⁷ O programa de cirurgia de ambulatório implementado no H.P.H. é prova evidente de uma das formas de superar estas problemáticas.

incentivo, ou ainda, qualquer outra forma de incentivar ou melhorar o desempenho (Portugal, 1998).

Noutro contexto, Covey (1999) afirma que a discriminação positiva do pessoal com melhores níveis de produtividade poderá, obviamente, produzir um efeito dinamizador da actividade dos serviços. Descrentes na aplicação de medidas de carácter disciplinar aos que por falta de zelo ou desmotivação, mantêm fracos níveis de produtividade, a sua penalização através da política remuneratória ou de mérito poderá, por arrastamento, incrementar a produtividade, pelo menos, em algum pessoal.

Nunes e Rêgo (2002) nomeiam três áreas, das que consideram fundamentais para o desenvolvimento dos desempenhos:

- A institucionalização dos centros de responsabilidade, como novos modelos de organização e gestão hospitalar, conjugados com uma nova política remuneratória associada à produção, poderá facilitar a obtenção de melhores indicadores de produtividade, eficiência e qualidade.
- A promoção profissional, através de atribuição de mérito excepcional, será incrementada, carecendo porém de ser regulamentada, fixando os critérios e limites de atribuição.
- A formação profissional, como instrumento estratégico de gestão dos recursos humanos, deverá assentar nas necessidades concretas, tendo em conta o desempenho dos profissionais e os projectos dos serviços e hospital, necessitando para tal de estratégias de orientação individual.

A formação enquanto processo de aquisição de competências e qualificações profissionais deverá ser planeada de forma integrada e de modo a:

- Apoiar o desenvolvimento profissional e pessoal (conhecimentos e comportamentos) tendente à qualificação e promoção no âmbito das carreiras;
- Criar condições nos diversos serviços para a efectivação das mudanças previstas no plano do hospital;
- Contribuir para a definição de processos de mudança delineados pelos profissionais de forma instituinte (Nunes e Rego, 2002).

As relações de trabalho nos hospitais são as que resultam do conteúdo funcional de cada uma das carreiras, conjugada com a Carta Deontológica do Serviço Público e o Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Central, Regional e Local (Decreto-Lei n.º 34/84 de 16 de Janeiro).

A integração dos funcionários é feita de acordo com os princípios do Manual de Integração e Acolhimento, em vigor nos Hospitais. É transmitido ao novo funcionário, o espírito de equipa que existe nos serviços, e a familiaridade que se procura estabelecer entre os profissionais do Hospital, doentes e visitas. Salientando o contributo que a equipa em particular, e os doentes em geral esperam do novo elemento, para o aumento e melhoria da imagem do hospital, auto-estima da equipa e satisfação dos doentes (Nunes e Rego, 2002).

Para Nunes e Rego (2002), os sistemas de classificação de serviço/avaliação de desempenho encontram-se profundamente desvalorizados como instrumento de gestão de recursos humanos e promoção profissional, apenas sendo utilizado para ascensão e progressão nas respectivas carreiras. Assim, nas instituições hospitalares, como noutras instituições públicas, o mérito de desempenho não é tomado em devida conta no processo de progressão e promoção profissional.

No virar do século, o hospital como peça fundamental do sistema de saúde e como organização, é cada vez mais um recurso que em conjunto com os restantes elementos do sistema local de saúde – públicos, privados e do sector social, deve conseguir diversificar a sua oferta de serviços, nomeadamente na área da promoção da saúde (Covey, 1999).

Para Frederico e Leitão (1999:46) *"... independentemente dos níveis hierárquicos existentes a estrutura organizacional deve ser capaz de dar resposta eficaz às solicitações dos clientes e ser também uma fonte de estabilidade, coesão e motivação dos profissionais, que trabalham nessa instituição, permitindo o seu desenvolvimento pessoal e profissional."*

Após o Decreto-Lei n.º 27 de 8 de Novembro de 2002, uma resolução do Conselho de Ministros de 5 de Fevereiro, surgiu uma denominada “Unidade de Missão – Hospitais S.A.”, com o intuito de coordenar o processo de lançamento e estratégias de empresarialização dos hospitais, com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, como é o caso do Hospital Pedro Hispano, S.A., de Matosinhos.

PARTE II

DINÂMICAS DE SUPERVISÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS EM ANÁLISE

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Pretendemos no neste capítulo descrever a metodologia utilizada no presente estudo. Gil (1995:27) afirma que: “... *método é o caminho para se chegar a um determinado fim*”.

Em termos de modo de investigação, a nossa opção recaiu sobre o “estudo de caso”, dado ser importante para o investigador possuir um conhecimento detalhado e em profundidade da unidade social (bem delimitada) a estudar. Mas o termo metodologia refere-se ainda à descrição e análise dos procedimentos e técnicas específicas para a recolha e análise de dados, às suas potencialidades e limites bem como aos pressupostos subjacentes à sua aplicação.

Guba e Lincoln (1994) afirmam que adoptar uma metodologia de investigação passará em primeiro lugar por se saber o que pensa o investigador sobre a realidade e sua natureza e o que existe neste domínio que possa ser conhecido.

A metodologia corresponde igualmente a uma organização crítica das práticas de investigação, que se desenrola desde a formulação das questões de partida às inferências a partir dos materiais colhidos no terreno. Neste sentido, as estratégias metodológicas derivam de uma tentativa de compreensão do objecto do nosso estudo e de encontrar uma resposta para as questões de partida.

Consideramos como referência para todo o processo o modelo de Quivy e Campenhoudt (1996). A investigação enquadra-se no paradigma qualitativo mas com recurso a estratégias de quantificação que no entanto não colocam em causa a natureza compreensiva do estudo.

Sendo uma abordagem construtivista, as dimensões metodológicas estiveram em permanente desenvolvimento, dando sentido à natureza e lançando interrogações sobre o objecto em estudo. Partiu-se do princípio de que “...*as realidades são apreendidas na forma de múltiplas, inatingíveis construções mentais*” (Guba e Lincoln, 1994:110). A natureza qualitativa desta investigação advém não apenas do tipo de técnicas de recolha de dados mas sobretudo dos próprios objectivos do estudo, que apontaram no sentido de compreender e descrever os fenómenos de situações de acompanhamento e

desenvolvimento de competências profissionais de enfermeiros no contexto real que lhe dá origem (Quivy e Campenhoudt, 1996).

Bogdan e Biklen (1994) consideram que a investigação qualitativa assenta em características muito próprias: situações estudadas no seu ambiente natural, sendo o investigador seu principal instrumento; a investigação enquanto desenvolvimento tem um forte cunho descritivo; os dados são tratados de forma indutiva provocando um conjunto de interrogações que vai colaborando na construção de um percurso; a investigação preocupa-se com significados atribuídos pelas pessoas às coisas e aos fenómenos. Para Merriam (1988), a investigação qualitativa deve ser utilizada quando se pretende uma descrição e uma explicação.

O contexto em estudo é o Hospital Pedro Hispano, S.A. já descrito na Parte I, Capítulo 4. Apesar de não possuirmos um conhecimento prévio aprofundado sobre esta instituição, existe uma familiarização com instituições deste tipo, uma vez que é nelas que nos encontramos a desenvolver a nossa actividade profissional.

Durante todo o desenvolvimento do estudo houve sempre a preocupação pelo respeito e pelos princípios éticos decorrentes da investigação com sujeitos humanos: consentimento informado, ênfase permanente do anonimato e sua protecção contra eventuais danos (Bogdan e Biklen, 1994; Quivy e Campenhoudt, 1996).

1.1. Questões de investigação

Já anteriormente se referiu que a supervisão clínica em enfermagem surge como uma nova terminologia, uma forma de garantir e estabelecer a qualidade dos cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular, através de processos de orientação, apoio e ajuda de forma sistematizada.

Ao longo de todo o enquadramento teórico é visível a importância da supervisão clínica em enfermagem como fórmula sistemática de apoio pessoal e profissional. Foi igualmente evidenciado que se tornou prática corrente no desenvolvimento das competências pessoais e profissionais dos enfermeiros, apesar de recorrermos a outros contextos dada a sua (ainda) muito ténue existência em Portugal.

Verifica-se hoje que havendo já um largo número de hospitais a aderir a projectos de acreditação de qualidade para a saúde; independentemente do organismo de acreditação

adoptado, estes têm de prever o desenvolvimento de um modelo e processo de supervisão das práticas clínicas de enfermagem.

É neste propósito e no contexto específico do Hospital Pedro Hispano que se pretendeu desenvolver o estudo. Este decorre da necessidade de analisar **as dinâmicas de acompanhamento das práticas e das diversas dimensões que o processo comporta, tendo em vista a qualidade em matéria de assistência, a integridade psicológica, a formação e o envolvimento com o colectivo de trabalho.**

Assim, as questões de investigação por nós formuladas, centradas no caso em estudo, foram:

- Como vêm os enfermeiros o desenvolvimento das suas práticas?
- Quais as dificuldades com que os enfermeiros se deparam no decurso do seu exercício profissional?
- Que problemas surgem no processo de integração dos profissionais?
- Que problemas surgem no processo de formação e integração de alunos em ensino clínico na unidade hospitalar?
- Que expectativas possuem os enfermeiros em matéria de apoio, suporte e consulta por parte da organização hospitalar?
- O que esperam os enfermeiros da organização “hospital” em matéria de suporte pessoal e formação contínua para a promoção da qualidade das suas práticas?

De acordo com o problema em estudo e as questões de investigação, este estudo foi desenvolvido em torno de uma grande finalidade: **Constituir um subsídio para a definição de um modelo de supervisão das práticas clínicas em enfermagem.**

Pretendemos, com este estudo, atingir os seguintes objectivos:

- Compreender as representações dos actores em matéria das práticas profissionais, desenvolvimento pessoal e percursos da sua formação;
- Identificar os aspectos mais problemáticos do desenvolvimento no exercício profissional dos enfermeiros;

- Avaliar as dinâmicas de socialização dos enfermeiros e de alunos de enfermagem que realizam os seus momentos de ensino clínico nos diversos serviços hospitalares;
- Identificar estratégias que permitam dar resposta às expectativas dos actores em matéria de qualidade de cuidados.

1.2. Modo de investigação: “estudo de caso”

“Some case studies are qualitative studies, some are not (...) case study is not a methodological choice, but a choice of object to be studied.”

Stake (1994:236)

O modo de investigação que se adoptou para a realização deste trabalho, como já foi referido, incidiu sobre o “estudo de caso”, pela necessidade em estudar uma unidade social específica, compreender uma experiência e aprofundar o conhecimento disponível sobre este contexto.

Estamos conscientes da diversidade de perspectivas em torno do “estudo de caso”, porém encontrámos características que nos parecem consensuais entre os autores consultados. O estudo de caso pode ser definido como uma pesquisa dirigida para um sistema bem delimitado. Inclui uma colheita detalhada de informação, podendo envolver fontes múltiplas. É, como seria de esperar, um estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo, na sua complexidade e dinamismo próprios. Os termos *exploração detalhada* e *estudo profundo* aparecem na generalidade das definições de estudo de caso.

Para Yin (1989), a escolha da metodologia a usar numa investigação tem uma dependência fulcral em três condições: a tipologia do problema, o controlo que o investigador atribui a si próprio e o contexto onde decorre a acção. É determinante a opção desta metodologia quando se parte de questões de “como” e “porquê”.

De acordo com o problema em estudo e as questões de investigação, este trabalho é desenvolvido em torno da necessidade de compreender a situação, mas igualmente formular propostas tendo em vista o desenvolvimento de um sistema de supervisão na instituição.

O estudo foi essencialmente descritivo e analítico. Enquanto investigadores tivemos acesso a um vasto conjunto de informações que tentamos trabalhar e articular,

designadamente o obtido através do questionário, entrevista, análise documental e participação nos *Workshop*. Esta diversidade de fontes permitiu enriquecer a descrição e a compreensão, o que vai de encontro à filosofia dos autores consultados (Merrian, 1988; Yin, 1989; Stake, 1994).

A escolha do “caso”

Como foi referido anteriormente a intenção deste estudo foi de descrever um caso como único e singular, tratando-o como tendo um valor intrínseco, pelo que a questão de saber se o caso é típico ou se os resultados podem ser generalizados nunca se colocou.

Conhecida a pertinência das questões da supervisão clínica em termos globais e os objectivos do estudo, as questões específicas foram identificadas num contexto muito próprio – o Hospital .

Tratando-se de um hospital de referência de domínio público, o Hospital Pedro Hispano, S.A. iniciou um processo de acreditação de qualidade desde Maio de 2000.

Porém, já no passado esta instituição demonstrava preocupações com as questões de qualidade. A instituição tudo tem feito no sentido de manter um determinado nível de qualidade assim como credenciar-se com outros aspectos que necessitam de efectiva melhoria. Para esta sustentabilidade do sistema de acreditação de qualidade passam também o desenvolvimento de medidas de acompanhamento sistemático dos enfermeiros no desenvolver das suas práticas.

Conhecedores destas necessidades, porque as vivenciamos no nosso local de exercício profissional onde também um processo de acreditação foi recentemente iniciado, procurámos encontrar um núcleo de experiências que nos fizessem reflectir sobre novos desenvolvimentos, de forma a constituir um saber mais consistente sobre a matéria em estudo.

Perante uma população de 582 enfermeiros (dados fornecidos pelo último censo interno de Setembro de 2002), estabeleceu-se uma amostra de 283 enfermeiros que pertenciam ao quadro da função pública, exceptuando-se os enfermeiros que exercem a sua actividade em centros de saúde dependentes da instituição. Esta característica foi a escolhida como forma de encontrar uma amostra significativa, apesar de termos consciência da impossibilidade de se inferir os resultados obtidos para toda a população de

enfermeiros e por estarmos conscientes das limitações de tempo disponível para uma investigação mais abrangente.

Neste caso, podemos afirmar que utilizamos uma técnica de amostragem não probabilística ou seja uma amostragem mais por nossa própria conveniência.

1.3. Métodos e técnicas de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada em ambiente natural. Seleccionámos um conjunto de técnicas e de instrumentos de recolha de informação que considerámos mais apropriados face aos objectivos, questões de partida e unidades a estudar. Neste sentido utilizaram-se o questionário, a entrevista e a análise documental, que foram utilizados de forma recursiva, em termos da informação que permitiram colher (Ketele e Roegiers, 1993; Bogdan e Biklen, 1994).

Pareceu-nos óbvio salientar desde logo um primeiro aspecto, o interesse demonstrado pelos enfermeiros da instituição, patenteado na adesão e participação efectiva neste estudo nomeadamente pelo número expressivo de elementos que responderam ao questionário. Pode-se considerar já revelador que estas matérias vão ao encontro de alguma sensibilidade demonstrada pelos elementos da amostra.

Para Quivy e Campenhoudt (1996:190), as técnicas de recolha de dados *“...consistem em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores”*.

Como investigadores tivemos um grau de participação que se enquadra com o de “observador passivo”, na medida em que a nossa presença, apesar de conhecermos as amplitudes do contexto, não foi de interferência directa no fenómeno mas sim a sua compreensão através de alguns questionamentos e observações realizadas e conhecimentos tácitos das realidades das práticas de enfermagem na actualidade (Ghiglione e Matalon, 1993).

O estudo documental tornou-se um referencial para o investigador. Esta análise documental incidiu sobre documentos facultados e superiormente autorizados sobre alguns aspectos de protocolos de actuação na gestão dos serviços e interacção com os desenvolvimentos das práticas de enfermagem.

Apesar das desvantagens do questionário (Ghiglione e Matalon, 1993; Quivy e Campenhoudt, 1996), este é o instrumento mais utilizado na investigação sociológica (Vala, 1986; Bogdan e Biklen, 1994; Stake, 1994). Daí considerarmos que as vantagens seriam superiores às desvantagens dado que nos permitiu atingir num curto espaço de tempo um número significativo de enfermeiros. O anonimato foi garantido e os inquiridos não ficam sujeitos à influência dada pela nossa presença.

A validação da informação recolhida foi feita por dois tipos de triangulação: uma triangulação da informação em que todos os documentos a analisar convergem, focalizando de uma maneira ou de outra as problemáticas abordadas e servindo para confrontar dados; uma triangulação metodológica propondo-se a inclusão de três tipos de recolha de informação. Nesta perspectiva seguimos ainda outros dois princípios de Yin (1989) para garantir a fiabilidade do estudo: uma cadeia de dados comprovativos e criação de base de dados.

Porém Stake (1994) diz-nos que a triangulação não surge como uma estratégia de validação mas uma alternativa possível de validação de um estudo desta natureza dando solidez ao mesmo.

O Questionário

“A elaboração de um instrumento de colheita de dados consiste basicamente em traduzir os objectivos específicos de pesquisa em itens bem rígidos atendendo a regras básicas para o seu desenvolvimento, além de ser o utensílio que o investigador utiliza para recolher informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa”

Gil (1995: 105)

Para a elaboração do questionário concorreram as questões de investigação propostas assim como os objectivos inicialmente delineados. Esta formulação faz com que o estudo seja facilitado na posterior análise e reflexão.

Teve-se também em consideração a população alvo e o que considerámos necessário para efectivar a análise descritiva com incidência sobre as já referidas questões de partida.

O questionário abrangia partes distintas. Com a primeira parte introduziram-se dimensões para caracterizar a amostra que respondeu a este instrumento. Uma segunda parte em que os respondentes deram informação sobre representações na área da formação. Finalmente, uma terceira parte em que se pede aos elementos da amostra que façam uma reflexão sobre as suas práticas. Nessa reflexão identificam as suas áreas de necessidade em termos de formação, fazem uma interligação com a qualidade do seu exercício e perspectivem possíveis soluções para um acompanhamento e orientação no desenvolvimento das suas práticas clínicas em contexto de trabalho.

Deste modo cada enfermeiro pôde abordar os assuntos questionados de acordo com a sua perspectiva, tendo-lhe sido assegurada a sua livre expressão por forma a que o seu discurso escrito, nas questões abertas e quando pedido, não fosse cortado ou desviado por influência nossa.

Pré-Teste

Foi realizado um pré-teste ao questionário elaborado para aferir as questões e fazer uma tentativa de validação estrutural do mesmo. A aferição teve como base os seguintes itens em que se pretendia que os enfermeiros dessem a sua perspectiva e opinião:

- aspecto gráfico do questionário;
- facilidade de leitura;
- extensão do questionário;
- compreensão do tema em estudo;
- compreensão das questões abertas;
- compreensão das questões em escala;
- facilidade de preenchimento;
- entendimento das instruções.

A aplicação ocorreu nos dias 3 e 4 de Janeiro de 2003 no Hospital Distrital de Anadia a 7 enfermeiros em serviço nas várias unidades nos turnos da tarde (das 16 às 23 horas). Foram escolhidos de uma forma aleatória mostrando-se disponíveis para o preenchimento e com espaço para reflectirem avançando com as suas opiniões. Estas foram registadas em cada questionário para uma análise posterior.

Em relação ao aspecto gráfico todos afirmaram que este estava bem desenhado e que tinha excelente mancha gráfica. A leitura foi para 6 dos enfermeiros muito fácil. Um enfermeiro refere ter tido dificuldades em ler as questões 34.1 a 34.20 mas não soube explicar porquê. O questionário foi considerado com extensão adequada por todos os enfermeiros, inclusive dois enfermeiros referiram que o preencheram sem grandes demoras. Três enfermeiros afirmaram ter dificuldades em compreender qual era o tema geral em estudo mas compreenderam o significado das questões. As questões abertas foram compreendidas por todos os enfermeiros mas dois dos respondentes referiram que necessitavam de mais tempo para reflectir. O mesmo se passou com a compreensão das questões em escala, só que o número de enfermeiros que disseram que necessitariam de mais tempo foram seis. Todos afirmaram que o preenchimento foi fácil e que as instruções eram as necessárias.

Para além destes itens, alguns enfermeiros referiram outros aspectos: 4 enfermeiros disseram que as questões 16., 21., 29., 30. e 31. deveriam ter também a opção de categoria profissional da carreira “*enfermeiro*” juntando-se às restantes categorias colocadas. Nas questões 18.2. e 19.2., o termo “*compensação*” suscitou dúvidas a dois enfermeiros. Ao colocar-se “*compensação/reposição*” estes respondentes afirmaram que já entendiam. Outros dois enfermeiros deram a sua opinião de que a questão/afirmação 34.4., em vez de “*Ia ter vergonha...*”, ficaria melhor se fosse expressa no futuro conjuntivo “*Teria vergonha...*”.

As sugestões e opiniões destes inquiridos foram analisadas e aceites, pelo que o questionário foi alterado neste sentido sem implicações significativas para a evolução e enquadramento do estudo.

Posteriormente foi criada uma base de dados em documento *Microsoft Excel* para os questionários do pré-teste.

Houve dificuldades na introdução de dados para as questões 18., 19., 21. e 22., visto que é dada a opção aos inquiridos para assinalarem mais do que uma afirmação. Para

o efeito colocou-se, na nova forma do questionário, a dicotomia “*sim*” e “*não*” para cada alínea das perguntas. Para as questões abertas não se configuraram dificuldades de análise talvez por o número de inquiridos ser limitado a sete.

Administração do Questionário

Foi feito um pedido oficial dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Pedro Hispano S.A. por carta registada com aviso de recepção. Aqui identificava-se o assunto geral do estudo, enquadramento temático e seus objectivos assim como se pretendia administrar os questionários à amostra da população de enfermeiros do hospital.

Como a resposta foi favorável, os 283 questionários foram distribuídos em duas etapas, nos dias 16 e 17 de Janeiro de 2003, entregues a cada enfermeiro chefe ou responsável dos diferentes serviços que englobavam o total das unidades existentes no H.P.H.. O número de questionários correspondia ao número de enfermeiros desses serviços pertencentes ao quadro da administração pública. Esta distribuição e entrega foi realizada no decorrer de um “*Workshop*”, no Centro de Formação, subordinado ao tema “Supervisão Clínica em Enfermagem”. A entrega dos questionários preenchidos seria feita neste mesmo departamento onde negociámos a data limite de 25 de Fevereiro de 2003 com a valiosa colaboração da enfermeira responsável por este núcleo de actividades do hospital.

A Entrevista

A entrevista é um instrumento de recolha de informação, uma conversa entre duas ou mais pessoas, por vezes técnica complementar ao questionário. Permite obter elementos mais detalhados dos sujeitos em estudo como as suas concepções, as suas ideias, as suas perspectivas e interpretações das suas vivências pessoais em relação ao tema em estudo.

Ao permitir penetrar na complexidade de um problema acedendo aos seus dados acede também aos modos de pensar dos entrevistados (Richardson, 1989; Ghiglione e Matalon, 1993; Seidman, 1998). Daí a necessidade de considerar relevante fundamentar o que se entende por entrevista e que tipo de entrevista se realizou.

Para Bogdan e Biklen (1994), na investigação de base qualitativa as entrevistas podem ser utilizadas como uma estratégia principal ou acessória e complementar a outras técnicas. Para Seidman (1998), a utilização desta técnica pode ser utilizada para validação de anteriores descrições dos estudos. A que realizámos teve como finalidade principal esclarecer alguns aspectos sobre o que foi inquirido em questionário como forma de validar a sua informação.

Nesta perspectiva pode-se considerar que as características desenvolvidas na elaboração desta entrevista se aproximaram ao nível de aprofundamento definido por Ghiglione e Matalon (1993) e Seidman (1998).

Assim, propusemos a realização de uma entrevista semi-estruturada a um grupo de seis enfermeiros. O encontro seguiu formalmente esta fórmula de entrevista procurando-se criar um clima informal, onde a conversação se estabelece de forma natural para que os interlocutores expressassem uma reflexão. O recurso a uma entrevista em grupo é feito por se pretender que para além de todos os aspectos de informação decorrentes desta técnica seja também o resultado da aplicação de um *Brainstorming* para o trabalho de reflexão conjunta.

Os efeitos procurados situam-se mais ao nível das interacções porque se considera com significado para o estudo, apesar de haver consciência das suas vantagens e desvantagens (De Ketele e Roegiers, 1993; Drever, 1995; Seidman, 1998).

No estudo de caso, as entrevistas dão informações circunstanciais, opiniões sobre o contexto e só parte da amostra pode ser sujeita com os seus resultados coadjuvantes depois de aplicado o questionário (Drever, 1995)

A escolha dos participantes foi feita com a colaboração de uma enfermeira responsável pelo Centro de Formação em que esta também foi entrevistada. Os restantes elementos que já se encontravam a participar neste projecto, são considerados como os mais aceites e respeitados pelo grupo ou informantes privilegiados do contexto. Seidman aborda a questão dos *“Informal Gatekeepers”* para as entrevistas: *“Most faculties, for example, usually include a few members who are widely respected and looked to for guidance when decisions about whether or not to support an effort are made”* (Seidman, 1998:38).

A decisão do número de elementos a entrevistar pertence ao investigador tendo em consideração os recursos e tempos disponíveis e o estudo que pretende efectivar (Drever, 1995; Seidman, 1998).

Foi elaborado um guião da entrevista (Anexo VII) tendo por base os resultados obtidos na administração do questionário e as próprias questões de investigação. No entanto não significou que as questões surgissem por ordem do guião. A ordem é atribuída pelos próprios entrevistados na sua conversa e em que o entrevistador se esforça por conduzir a entrevista para os objectivos propostos, colocando as questões em momentos apropriados e de uma forma natural.

A descrição do processo de entrevista, antes de se concretizar, faz assentar os propósitos da investigação (Seidman, 1998). Sendo assim foram considerados cinco blocos temáticos:

- Legitimação da entrevista: informação aos entrevistados sobre como se iria processar; enquadrar e recordar os conteúdos; pedir a sua colaboração e autorização de gravação;
- Caracterização dos entrevistados: recolha de alguns dados que permitissem caracterizar estes informantes;
- Identificação dos aspectos mais problemáticos do desenvolvimento no exercício profissional: enumerar os problemas que os próprios sentem e os que observam nos seus pares;
- Avaliação das dinâmicas de socialização dos enfermeiros e alunos que realizam estágios no hospital: recolher dados sobre a forma como é feita a integração de alunos e enfermeiros nos serviços do hospital;
- Identificação de estratégias que permitam dar resposta às expectativas dos actores em matéria de qualidade de cuidados: enumerar e descrever as estratégias de suporte e de apoio que estes pensam ser as mais adequadas ao contexto do hospital.

1.4. Tratamento da informação

É nosso entender que o tratamento da informação é sem dúvida uma fase crucial em qualquer trabalho de pesquisa na medida em que nos permite atribuir uma significação aos dados obtidos pela aplicação das técnicas de recolha dos mesmos. Para tratamento das questões fechadas do questionário utilizamos a estatística descritiva e a análise de conteúdo para as questões abertas.

O número total de questionários recebidos foi de 214. Este dado traduz uma percentagem de respostas de 75,62% tendo em conta a amostra de 283 enfermeiros a inquirir que considerámos de muito satisfatória para o estudo que pretendíamos desenvolver.

Desta etapa passou-se a uma verificação total dos questionários em termos de saber se responderam à totalidade das respostas e se o fizeram adequadamente. Desta verificação resultou termos encontrado 3 questionários não preenchidos e 2 questionários considerados mal preenchidos, com respostas múltiplas, várias rasurações incompreensíveis e com outras sem quaisquer dados. Nesta medida estes 5 instrumentos, difíceis de trabalhar e analisar, foram considerados nulos e não entraram no número utilizado para a análise descritiva de frequências.

Posteriormente, os questionários foram numerados externamente e de uma forma aleatória de 1 a 209 inclusive, passando a ser este o número pelo qual iríamos trabalhar. Seguiu-se a codificação das respostas e seu lançamento numa base de dados previamente elaborada.

Durante a verificação da base de dados em *SPSS 10.0® (Statistical Package for the Social Sciences)*, para *Windows XP®*, encontraram-se algumas respostas mal codificadas, com alguns “*missings*”, o que levou a uma revisão dos questionários marcados e sua reinscrição na base.

As respostas abertas foram transcritas para outra base criada em documento *WinWord*. Esta transcrição não necessitou de qualquer arranjo gramatical ou convenções prévias visto que as respostas se encontravam bem delineadas pelos respondentes.

Após a sua transcrição, como metodologia de análise e sem dificuldades matriciais, efectuou-se a análise de conteúdo temático com uma primeira leitura flutuante e posterior leitura efectiva.

Esta estratégia teve como finalidade identificar as categorias, classificar as respostas dadas pelos elementos da amostra em unidades de registo e respectiva codificação das mesmas. Para este trabalho concorreram também uma análise feita por um co-codificador externo, colega mestrando do Curso de Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, com o intuito de diminuir a subjectividade e nossa interpretação pessoal que validou as categorias por nós identificadas. Nesta medida, assegurou-se a fiabilidade em que os conteúdos são independentes de quem os produz (Vala, 1986).

Tendo em consideração a perspectiva de Vala (1986) na análise de conteúdo de uma entrevista, respostas abertas ou um texto documental, existe a delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referência, a definição das categorias, a definição das unidades de análise ou de registo e a sua quantificação se a isso o investigador pretender realizar. Qualquer plano de análise de conteúdo pressupõe a elaboração de um conjunto de procedimentos para assegurar a sua fidedignidade e validade.

Ainda de acordo com Vala (1986) o “*dar sentido*” aos dados qualitativos significa reduzir notas, expressões, descrições, explicações ou outros, até alcançarmos um número aceitável de unidades significativas e manejáveis, organizando e explicando os seus conteúdos sendo possível extrair aspectos compreensivos.

Este mesmo autor refere a quantificação posterior, se entendida pelo investigador, com vista a verificar a frequência de ocorrências. A hipótese implícita à análise de ocorrências é a de que quanto maior for o interesse do emissor por um dado objecto, maior será a frequência de ocorrência no discurso analisado e dos indicadores relativos ao objecto de estudo.

Tendo em atenção também a perspectiva de Bardin (1995) optámos por métodos mistos de análise de conteúdo. Por um lado tivemos com o enquadramento teórico algumas categorias prévias, por outro, sem propor nenhum quadro categorial inicial, identificaram-se novas categorias que emergiram dos resultados obtidos.

Assim, as categorias definidas sofreram um teste de exaustividade (validade interna), com a possibilidade de inserir as unidades de registo numa categoria previamente definida; teste de exclusividade em que cada unidade de registo só pode colocar-se numa única categoria e teste de objectividade em que há uma definição clara das categorias. Em alguns casos optou-se pela colocação de uma categoria “*Não Aplicável*” que não deixou no entanto de ser analisada à luz das nossas reflexões.

Apesar de se tratar de um estudo de caso de natureza fundamentalmente qualitativa, não excluimos a possibilidade de recorrermos a alguma quantificação das unidades de registo.

Os eixos de análise utilizados estavam de acordo com as questões formuladas e o quadro teórico estabelecido assim como uma reflexão sobre os factos que fomos encontrando no percurso desta investigação com recurso a leitura de documentos vários.

Perante os achados do questionário programou-se a realização da entrevista em grupo. Foi feito contacto prévio com a enfermeira do Centro de Formação, o nosso elo de ligação com o contexto da investigação, com o propósito de colaborar com mais cinco enfermeiros considerados informantes privilegiados. A escolha recaiu num total de seis enfermeiras especialistas que se auto caracterizaram (Quadro 2) incluindo a enfermeira do Centro de Formação.

Quadro 2 - Caracterização das enfermeiras entrevistadas

ENFERMEIRA	<u>CARACTERIZAÇÃO</u>		
	Local de trabalho no Hospital	Tempo Geral de Serviço	Especialidade de Enfermagem
<i>A</i>	Centro de formação	14 anos	Saúde Comunitária
<i>B</i>	Neurocirurgia	9 anos	Médico – Cirúrgica
<i>C</i>	Medicina	10 anos	Saúde Mental e Psiquiátrica
<i>D</i>	Bloco de Partos	12 anos	Saúde Materna e Obstétrica
<i>E</i>	Cirurgia B	12 anos	Médico-Cirúrgica
<i>F</i>	Pediatria	10 anos	Pediatria

Estas foram informadas numa semana prévia do tema do estudo e objectivos da entrevista. A data foi marcada para 21 de Maio de 2003, às 14,30 horas, numa sala do Centro de Formação do Hospital Pedro Hispano, S.A..

Com a sua caracterização tivemos oportunidade de saber que todas elas eram enfermeiras especialistas de várias áreas de especialidade e a exercer as suas funções em serviços com óbvias diferenças nas formas, metodologias e estrutura de trabalho.

Podemos também afirmar que estas detêm um tempo de serviço já algo consistente e que são todas enfermeiras de referência (Anexo VI) nas suas respectivas unidades com excepção da enfermeira do Centro de Formação que se encontra, pelas funções que exerce, fora da prestação de cuidados.

As entrevistadas foram colocados numa mesa redonda com espaço para tirar notas em blocos previamente distribuídos. Foi colocado um gravador de áudio ao centro (precedido de um teste de som) e pedida autorização para a audiogravação que foi concedida por todos os intervenientes.

A cada entrevistada, para se manter o anonimato durante a gravação, foi distribuído um cartão com letras de **A** a **F** para sua identificação quando tomassem a palavra. Foi registado em periférico a hora de início da entrevista: 14 horas e 42 minutos.

Durante a entrevista as entrevistadas foram confrontadas com alguma frequência com os dados obtidos pela administração do questionário como forma de reflectirem nas suas próprias respostas às questões que lhes eram formuladas. Sentiu-se que houve vários momentos de reflexão sobre esses mesmos achados.

A entrevista decorreu sem incidentes e terminou, por registo feito em periférico, às 16 horas e 23 minutos o que resultou num total de 101 minutos de material audiogravado.

Posteriormente foram feitas audições repetidas para verificar da audibilidade e ter um conjunto integrador dos assuntos abordados e gravados. Verificou-se a não existência de uma das desvantagens deste método de entrevista em grupo, ou seja, o domínio por parte de um ou mais entrevistados.

Foi possível ouvir uma interacção muito forte entre os elementos com tempos equitativos. Por outro lado verificava-se a presença de momentos e espaços em que os vários entrevistados conversavam em conjunto, o que tornou tecnicamente impossível a sua audição e consequente transcrição. Nesta medida, foi colocada na transcrição a frase: *Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis*. Logo o tempo de material gravado é efectivamente superior ao transcrito. Apontam-se assim algumas das desvantagens sobre a utilização das entrevistas em grupo nomeadamente por Drever (1995) onde por vezes não foi possível identificar quem falava. Neste caso não houve grande

preocupação da nossa parte visto que não era do nosso interesse analítico a sua identificação, apenas no contexto da transcrição, pelo que foi colocado antes do que o entrevistado falava a expressão: *Não se consegue identificar quem fala*.

Perante o material áudio gravado procedeu-se à sua transcrição para documento *Win Word* que se encontra no Anexo VIII, constituindo-se assim um documento de análise.

O processo de transcrição global tem as suas vantagens se pensarmos em utilizar todos os termos e ideias expressas pelos entrevistados. No entanto, nesta situação haveria aspectos da narrativa dos entrevistados que à partida não seriam motivo de análise: risos, expressões de surpresa, exclamações, interjeições, repetições da mesma frase, ou da mesma palavra, estereótipos, entre outros, pelo qual não foram transcritas (Drever, 1995; Seidman, 1998). Porém, é certo que teria o seu interesse em outro tipo de estudo pelo que ficámos sensíveis às manifestações de surpresa aquando a apresentação de alguns dados do questionário.

As unidades de registo foram recortadas ao texto explicitado individualmente por cada entrevistada, entendida como uma frase, ou expressão com sentido completo para o investigador (Bardin, 1995).

Após várias leituras do documento da transcrição, foi feita uma grelha das categorias previamente estabelecidas, sequenciada com as unidades de registo mais relevantes, para que estas fossem confrontadas com os dados obtidos através da aplicação do questionário e que se encontra no Anexo IX.

Na perspectiva de autores como Vala (1986), De Ketele e Roegiers (1993) e Drever (1995), a utilização de entrevistas como complemento da investigação, para levar à reflexão de dados anteriormente achados ou para triangulação dos mesmos, poderá na orientação do próprio investigador, não ser sujeita a uma análise de conteúdo sistemática. Foi com esta orientação que retirámos desta entrevista em grupo algumas das ideias fundamentais para alicerçar as respostas dos inquiridos no questionário.

2. O CONTEXTO EM ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES E DAS PRÁTICAS

Considerando que o modo de investigação utilizado é o estudo de caso, é importante salientar que toda a dinâmica interpretativa construída em torno do objecto de estudo se reporta fundamentalmente ao conjunto de práticas sócio-profissionais que emergem no contexto hospitalar.

Os dados são apresentados com sequência correspondente às questões propostas aos enfermeiros que responderam ao questionário e coerente com o tema identificado sendo analisados à luz dos nossos propósitos.

A utilização de quadros e gráficos fica assente na natureza dos dados pondo em evidência a informação relevante para a posterior análise. Em todas as representações de quadros e gráficos omitiram-se a fonte e a data de colheita da informação atendendo a que se reportam ao questionário recolhido no Hospital Pedro Hispano de Matosinhos, até 25 de Fevereiro de 2003, proposto a um grupo de enfermeiros que foi a nossa amostra.

Tratando-se de um estudo descritivo, “estudo de caso”, num contexto muito específico e dadas as opções metodológicas da investigação que apontam para a descrição e interpretação não se utilizaram as inferências nem correlações apesar de se verificarem algumas estratégias de quantificação.

Sobre a informação das respostas abertas, que foram sujeitas a uma análise de conteúdo temático, procedeu-se apenas a uma explanação de alguns dos achados colocando todo o conteúdo restante nos anexos devidamente identificados.

Realizámos algumas triangulações com os resultados da entrevista, a análise documental e algumas notas de campo efectuadas no decurso da investigação nomeadamente no decurso do “*Workshop*” de 16 e 17 de Janeiro de 2003. Nesta oficina de trabalho (*Workshop*), os participantes foram convidados a reflectir sobre alguns temas: conceitos de supervisão clínica em enfermagem; suas funções e vertentes; ciclos de supervisão; relação entre supervisão clínica e supervisão de gestão; supervisão clínica e relação entre hospitais e escolas. Estas reflexões foram posteriormente expostas e debatidas num grupo alargado que foi extremamente útil para o nosso estudo.

2.1. Os enfermeiros alvo de estudo: sua caracterização

Os enfermeiros têm vindo a desenvolver cada vez mais o seu corpo de conhecimentos, assegurando também assim um lugar imprescindível nas instituições de saúde. É já notório um certo poder que lhes é atribuído pela necessidade da sua presença, assim como pelo poder de determinados saberes que estes assumem como próprios. Pensamos que para esta afirmação concorrem a entrada do ensino da enfermagem no ensino superior politécnico, o aparecimento em 1998 da Ordem dos Enfermeiros e a formação académica pós graduada.

Pela análise dos dados é interessante referir que a maioria dos respondentes é do sexo feminino (Quadro 3) com uma percentagem de 79,4% (166 inquiridos) e 20,6% do sexo masculino (43 inquiridos). Nota-se ser uma profissão eminentemente feminina o que converge com outras análises produzidas por vários autores (Collière, 1989; Mourão, 1991).

Quadro 3 - Distribuição dos inquiridos segundo o sexo

SEXO	nº.	%
Masculino	43	20,6
Feminino	166	79,4
Total	209	100,0

Outro dado relevante para este estudo é a idade dos inquiridos, expressa no Quadro 4 e Gráfico 1. A maior frequência reside na classe de enfermeiros entre os 31 e os 35 anos de idade (80), pelo que podemos considerar tratar-se de uma amostra da população relativamente jovem.

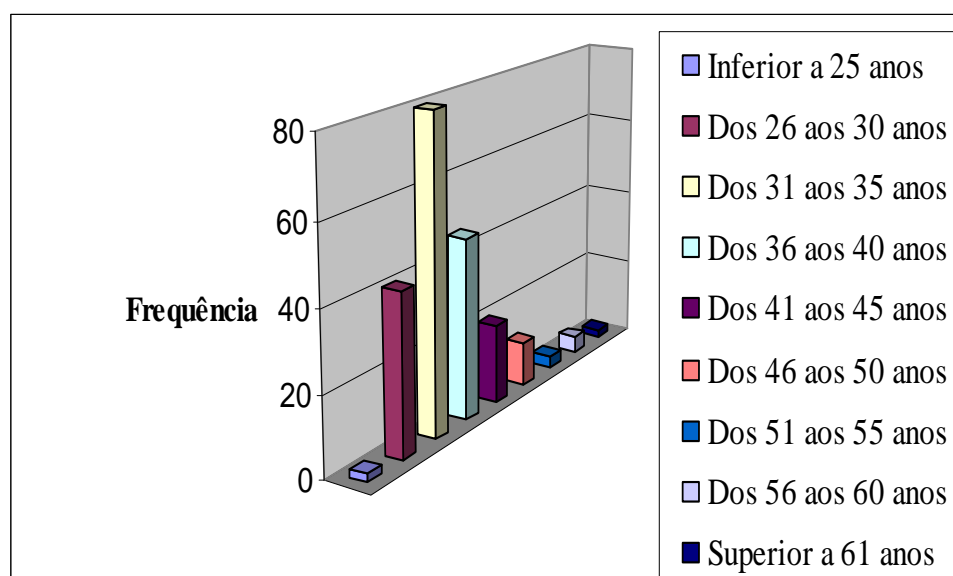
Existem ainda 2 respondentes que dizem ter idade inferior a 25 anos e outros 2 enfermeiros cuja idade é superior a 61 anos.

A idade dos enfermeiros é importante para o estudo se nos fundamentarmos que à luz de alguns autores os jovens que entram na sua profissão têm necessidades de apoio para o seu desenvolvimento nessa mesma profissão (Rounds, 2001).

Quadro 4 - Distribuição dos inquiridos pelo grupo etário

Idade em classes	nº.	%
Inferior a 25 anos	2	1,0
Dos 26 aos 30 anos	41	19,6
Dos 31 aos 35 anos	80	38,3
Dos 36 aos 40 anos	46	22,0
Dos 41 aos 45 anos	20	9,6
Dos 46 aos 50 anos	11	5,3
Dos 51 aos 55 anos	3	1,4
Dos 56 aos 60 anos	4	1,9
Superior a 61 anos	2	1,0
Total	209	100,0

Gráfico 1 - Número e percentagem dos enfermeiros por grupo etário



Por outro lado, aqueles que estão no exercício e pertencem a grupos etários com a idade mais elevada, poderão necessitar de algum apoio para manterem os seus níveis de motivação para o exercício visto que as questões de rotinização, com o evoluir do tempo, podem ser nefastas (Abreu, 2001).

Como consenso, pode-se apontar que o apoio a dar para o desenvolvimento pessoal e profissional é independente da idade do enfermeiro.

No que se refere ao estado civil dos enfermeiros da amostra verifica-se que 65,1% (136 inquiridos) são casados e 23,0% são solteiros (com uma frequência de 48) que se pode observar no Quadro 5.

Quadro 5 - Distribuição dos inquiridos pelo estado civil

Estado civil	nº.	%
Solteiro	48	23,0
Casado	136	65,1
Viúvo	3	1,4
Divorciado	17	8,1
Outro	5	2,4
Total	209	100,0

Nesta dimensão – o estado civil, os aspectos familiares que lhe estão associados podem ser relevantes. O casal nos dias de hoje tem responsabilidades acrescidas, pela sua vida em conjunto, pela sua vida pessoal, pelas suas motivações, filhos ou outros dependentes. Os que responderam que se encontram em viuvez poderão estar ainda em processo de luto. O mesmo é válido para os divorciados. As problemáticas das suas vidas pessoais podem de alguma forma exercer determinadas pressões no exercício profissional, pelo que é importante ter este dado em consideração quando analisarmos outras questões.

Tendo em consideração a área geográfica onde se encontra implantada a unidade hospitalar, pretendíamos saber da proveniência dos nossos inquiridos. A maioria dos enfermeiros vive no concelho de Matosinhos com uma percentagem de 27,8% e ainda em concelhos limítrofes como Porto (58 enfermeiros), seguindo-se Maia e Gondomar (respectivamente 18,7% e 8,6%), conforme o exposto no Quadro 6.

As questões de distância em relação ao local de trabalho podem ser explanadas em outras dimensões como sejam: local onde a sua residência tem menos custos, ter proximidade escolar dos seus dependentes, ou proximidade do trabalho do outro elemento do casal, entre outros.

Quadro 6 - Distribuição dos inquiridos pelo concelho onde habitam

Concelho onde habita	nº.	%
Aveiro	1	0,5
Bragança	1	0,5
Ermesinde	1	0,5
Espinho	1	0,5
Gondomar	18	8,6
Maia	39	18,7
Matosinhos	58	27,8
Paços de Ferreira	1	0,5
Porto	58	27,8
Povoa do Varzim	1	0,5
Santa Maria da Feira	1	0,5
Santo Tirso	4	1,9
Trofa	2	1,0
Valongo	12	5,7
Vila do Conde	3	1,4
Vila Nova de Gaia	8	3,8
Total	209	100,0

Com a questão seguinte do nosso questionário pretendíamos colher informações sobre o local onde exercem as suas funções.

O Quadro 7 dá-nos a visão sobre onde trabalham os inquiridos que distribuímos por áreas ou sectores. A área médica corresponde às unidades de medicina d, medicina e, medicina f e medicina m. As áreas cirúrgicas são: bloco operatório, cirurgias b e c, emergência geral, neurocirurgia e unidade de cuidados intensivos. Na área de especialidades encontram-se: bloco de partos, ginecologia, unidade de gravidez de alto risco, hemoterapia, neonatologia, obstetrícia, otorrinolaringologia, oftalmologia pediatria, emergência pediátrica e urologia. Finalmente a área de consulta e apoio com a consulta externa, hospital de dia e imagiologia.

A elevada percentagem de respostas para a unidade de Bloco Operatório (b.o.) está de acordo também com o significativo número de profissionais existente neste serviço que é o mais elevado de todo o hospital pelo censo de Setembro de 2002, seguindo-se a unidade de cuidados intensivos, neonatologia e urgência geral.

Quadro 7 - Distribuição dos inquiridos pelas áreas onde trabalham

Áreas de exercício	nº.	%
Área médica	27	13,0
Área cirúrgica	88	42,0
Área de especialidades	72	34,5
Área de consulta e apoio	22	10,5
Total	209	100,0

É no Bloco Operatório e no Bloco de Partos onde existe o maior número de enfermeiros especialistas. Apesar disto podemos equacionar se não seriam necessários mais enfermeiros especialistas. São as enfermeiras entrevistadas que referem mesmo ser uma necessidade generalizada a todo o hospital e que pode contribuir para um decréscimo da qualidade dos cuidados prestados. Afirmam que existem serviços em que não há enfermeiros a ocupar este lugar.

Pretendíamos saber dentro da caracterização da nossa amostra, onde se encontrava o maior leque de enfermeiros com idades entre os 26 aos 30 anos e verificou-se ser nas unidades de cuidados intensivos, bloco operatório e urgência. Para o grupo etário com idades compreendidas entre 31 e 35 anos, as diferenças com o anterior grupo não são significativas. Já para idades superiores (dos 51 aos 55 e 56 aos 60 anos de idade), encontram-se maioritariamente na unidade de consulta externa.

Não era nosso propósito analisar a área de especialidade de cada enfermeiro especialista, razão pela qual omitimos esta informação. No entanto, consideramos relevante verificar que as diferentes especialidades têm objectos e campos de intervenção diversos no que se refere a doentes críticos dessas mesmas áreas, o que por princípio confere pertinência à sua existência. É aliás uma das áreas que tem ocupado o debate sobre a formação em enfermagem, dado que se verificou um atraso significativo na abertura dos cursos de especialização, agora em formato de pós graduação.

Como resposta à interrogação sobre o grau académico (Quadro 8), verificou-se que o número de licenciados é de 105, (50,2%) e a percentagem de enfermeiros com o grau de bacharel é quase idêntica, com 49,8% (104 inquiridos). A maioria dos licenciados são casados e com idades superiores a 36 anos e a maioria dos bacharéis são solteiros e com idades inferiores a 36 anos.

Se tivermos em atenção a legislação em vigor e a realidade actual a nível da formação dos enfermeiros, é previsível que parte significativa dos 104 bacharéis em enfermagem possam estar a frequentar os Cursos de Complemento de Formação em Enfermagem, dado que este terminará, em princípio, em 2006. Apesar de reconhecermos que não existe qualquer compensação de natureza remuneratória pelo facto de se passar à condição de licenciado, gostaríamos de referir que é com a licenciatura que se poderá avançar para formações de natureza pós-graduada, nomeadamente mestrados e cursos de especialização. O grau de licenciado é ainda um factor relevante em avaliações de natureza curricular.

Quadro 8 - Distribuição dos inquiridos pela sua formação graduada

Formação Graduada	nº.	%
Bacharelato	104	49,8
Licenciatura	105	50,2
Total	209	100,0

Não podemos concluir existir uma relevante diferença entre a posse de licenciatura e as questões da qualidade. No entanto, dado que a obtenção do grau se encontra dependente de aquisições de formação, é possível considerar esta hipótese, ainda que no plano dos princípios. É natural ainda que, pelo facto de serem licenciados e tenham mais oportunidades de progressão académica, estes enfermeiros possuam níveis mais elevados de motivação, o que se poderá repercutir nos desempenhos e no próprio investimento em processos de mudança instituinte.

Na sequência da dimensão anterior, com a seguinte pretendíamos saber se os enfermeiros realizaram formação pós-básica e se investiram em outra licenciatura que não a enfermagem, realidade que se verifica com alguma frequência.

Em relação à formação pós-básica, caracterizada no Quadro 9, encontrámos 46 enfermeiros que afirmam ter um curso de especialidade em enfermagem, sendo que esta é uma das condições essenciais para se deter o título profissional correspondente. No entanto só 38 responderam (Quadro 10) ter o título profissional de enfermeiro especialista. Os

restantes 8 enfermeiros com o curso de especialidade estarão em fase de concurso público para ocupação de um lugar de quadro da carreira (como especialistas).

A sua permanência prolongada como enfermeiros graduados poderá ser um motivo de insatisfação. Porém, não nos foi possível saber se já exercem ou não as funções decorrentes de enfermeiro especialista expressas na carreira de enfermagem. É comum acontecer, havendo enfermeiros com especialização (mas sem serem titulares do lugar na carreira), que os responsáveis de serviço os coloquem a exercer funções compatíveis com a sua formação, mas sem quaisquer regalias a nível remuneratório.

Quadro 9 - Distribuição dos inquiridos com e sem cursos de pós-graduação

Cursos pós-graduação	SIM		NÃO		TOTAL	
	nº.	%	nº.	%	nº.	%
Curso de Especialidade	46	22,0	163	78,0	209	100,0
C.A.S.E.*	7	3,3	202	96,7		
Curso de Mestrado	7	3,3	202	96,7		
Outras Licenciaturas	16	7,7	193	92,3		

*Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem

Nos documentos internos consultados, verifica-se que todas as especializações em enfermagem previstas na carreira se encontram representadas e que são:

- Especialidade médico-cirúrgica;
- Especialidade materno-obstétrica;
- Especialidade de saúde infantil e pediátrica
- Especialidade de saúde mental e psiquiatria
- Especialidade de reabilitação;
- Especialidade de saúde comunitária.

De salientar, como anteriormente referimos, que o atraso na reabertura dos cursos de especialização (com um formato específico, preconizado pela legislação em vigor), contribui para que os enfermeiros direccionem noutros sentidos os seus investimentos na área da formação (Ward, 2002). Um facto que importa reter é a grande e variada oferta de

curso de pós-graduação de curta, média e longa duração, o que indicia, por si só, uma forte adesão por parte do grupo profissional de enfermeiros a estes cursos.

O Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem (C.A.S.E.), curso já extinto, foi indicado por 7 enfermeiros (todos especializados, embora apenas 5 detenham a categoria profissional de enfermeiro chefe, como consta do Quadro 10. Verifica-se ainda que apenas 2 destes 5 enfermeiros chefes detêm esta formação pós-básica.

Na nossa análise, poderemos concluir que existem 2 enfermeiros na categoria de enfermeiro especialista que frequentaram este curso, com a possível intenção de concorrerem ao lugar de enfermeiro chefe. Nestes concursos, o facto de se ser especialista na carreira e ter aprovação no C.A.S.E. era uma mais valia na análise curricular. No entanto, sabemos que hoje existem cursos vocacionados para a gestão de serviços de enfermagem, com estrutura curricular diferente da dos antigos C.A.S.E., mas igualmente considerados para efeitos de concurso público.

Dos inquiridos, 7 enfermeiros indicaram possuir o grau de mestre, sendo 3 enfermeiros graduados e 4 enfermeiros especialistas. Trata-se de enfermeiros que se situam entre os 31 e os 45 anos de idade; 7,7% dos inquiridos referem ter outra licenciatura para além da enfermagem.

Perante estes dados, com a literatura disponível e a nossa própria experiência profissional, poderemos estabelecer algumas considerações, ainda que provisórias. Os enfermeiros na actualidade têm demonstrado interesse na frequência de cursos de mestrado e na obtenção de grau de mestre, por razões de natureza muito diversa. Este grau académico dá direito a uma progressão na tabela indiciária. No entanto, nem sempre se pode concluir que as componentes científicas e curriculares dos cursos de mestrado tenham uma relação objectiva com as funções explicitadas na carreira.

Por outro lado, e trazendo ao debate outra dimensão fundamental, verifica-se que a obtenção de grau de mestre por parte dos enfermeiros pode ser uma condição para o ingresso nas escolas superiores de enfermagem.

É importante referir também que os limites da idade dos inquiridos que possuem o grau de mestre se situam no grupo etário dos 31 aos 45 anos, tratando-se fundamentalmente de indivíduos casados. É uma idade em que podemos considerar (pelo menos aparentemente) uma estabilização pessoal e profissional que pode facilitar a aposta em novos projectos de formação. No entanto, nunca se pode deixar de colocar a hipótese

de existirem problemas pessoais e profissionais de origem muito diversa, que motivem a aposta em determinados processos de formação.

Os 16 enfermeiros que dizem ter outra licenciatura situam-se em classes etárias mais amplas (entre os 31 e os 55 anos). As mesmas afirmações e conclusões do parágrafo anterior podem ser transferidas para esta realidade. No entanto, parece-nos que a principal motivação subjacente a estas escolhas poderá ter sido a aposta na formação contínua, uma vez que a maioria já ocupa o lugar de enfermeiro especialista.

Era nossa intenção ainda caracterizar o grupo dos inquiridos quanto à sua categoria profissional. A maioria dos respondentes tem a categoria profissional de “enfermeiro graduado”, com 57,4% ou seja 120 enfermeiros. Na categoria de “enfermeiro” estão 46 inquiridos, com uma percentagem de 22%. Os “enfermeiros especialistas” são 38, com uma percentagem de 18,2%. Apesar deste número, nem todos os serviços possuem enfermeiros especialistas.

Pelo apresentado no Quadro 10, e através da análise de documentos internos do hospital, verificou-se que existe ocupação de lugar de quadro de “enfermeiro supervisor”, ao abrigo do Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro (Carreira de Enfermagem). O profissional que ocupa estas funções encontra-se actualmente ao serviço deste hospital com contracto individual de trabalho.

Quadro 10 - Distribuição dos inquiridos pelo seu título profissional

Título Profissional	nº.	%
Enfermeiro	46	22,0
Enfermeiro Graduado	120	57,4
Enfermeiro Especialista	38	18,2
Enfermeiro Chefe	5	2,4
Total	209	100,0

Não podemos extrair quaisquer tipos de conclusões em matéria de adequação ou insuficiência do número de enfermeiros face às necessidades do hospital. Porém, sabendo que o número de enfermeiros chefes integrados é de 12 e os serviços são 26, pode-se concluir que, pelo menos, há enfermeiros chefes que acompanham mais do que um serviço ou ainda, que existem serviços sem o apoio directo do enfermeiro chefe. Em alguns destes serviços a ausência do enfermeiro chefe não representa a inexistência de alguém com responsabilidades de gestão; nestas situações, é comum encontrar unidades de cuidados geridas pelos enfermeiros especialistas, que para o efeito abandonam em todo ou em parte a prestação directa de cuidados que pode reflectir-se na qualidade dos mesmos.

Nas notas de campo referentes aos *Workshop* podemos identificar a expressão objectiva desta situação:

“Para a gestão de pessoal contribuem o enfermeiro chefe, o enfermeiro especialista e o enfermeiro responsável de turno”.

Outra dimensão em análise referia-se ao tipo de horário que os enfermeiros praticavam. Há partida, sabemos pela nossa própria experiência profissional e através da literatura consultada que haverá alguma influência do tipo de horário sobre a qualidade de vida dos profissionais: o horário fixo ou o horário por turnos pode interferir de forma distinta no ritmo de vida, na saúde e nos desenvolvimentos profissionais dos enfermeiros.

Quadro 11 - Distribuição dos inquiridos pelo tipo de horário que praticam no hospital

Tipo de horário praticado	nº.	%
Fixo	72	34,4
Turnos	137	65,6
Total	209	100,0

Dos inquiridos, salienta-se que 137 (65,6%) praticam horário por turnos (Quadro 11), contra uma frequência de 72 (34,4%) dos enfermeiros que têm horário fixo, sendo mais representativo neste último grupo o número de enfermeiros especialistas e chefes.

Dos 137 enfermeiros que se encontram a cumprir horário por turnos, a maioria estão nas categorias de “enfermeiro” e “enfermeiro graduado”, tendo idade não superior a 41 anos.

Apesar de sabermos que o trabalho por turnos é cansativo e pode levar ao desenvolvimento de várias patologias se não controlado, também acreditamos que é uma necessidade do próprio exercício da profissão, visto que os doentes necessitam de acompanhamento por parte de enfermeiros durante as 24 horas.

Os efeitos do trabalho por turnos são evidentes na qualidade e duração dos períodos de descanso e de sono dos enfermeiros. Neste sentido poderão vir a reflectir-se a nível social, familiar ou mesmo profissional. Um familiar dorme enquanto outro trabalha e *vice-versa*. Os seus dias dedicados ao descanso podem não coincidir com os dos seus familiares. A nível social poderá acontecer existir falta de tempo ou ausência do indivíduo para as actividades sociais acompanhados pela família em conjunto (Ward, 2002).

O horário fixo é praticado pelos enfermeiros chefes, por uma maioria dos enfermeiros especialistas e ainda alguns enfermeiros e enfermeiros graduados com idades superiores a 51 anos, em que as questões económicas podem não ser relevantes. Para muitos destes enfermeiros pode falar-se na conquista de uma “estabilidade profissional” e pessoal, com a adequação do horário ao funcionamento da família. Inclusivamente, os enfermeiros podem ser dispensados de serviço por turnos.

Pretendíamos ainda saber se os enfermeiros da nossa amostra exerciam a sua actividade de enfermagem fora do hospital. Isto porque é comum encontrarmos enfermeiros nos hospitais que para além do horário normal da função pública, utilizam ainda algumas horas para exercício da profissão em regime liberal em clínicas e outros hospitais (em acumulação).

No Quadro 12 verifica-se que 81 enfermeiros trabalham ou exercem a sua profissão noutro local, com uma percentagem de 38,8%; a maioria destes enfermeiros que acumulam funções (38,8%) possuem a categoria de “enfermeiro”, têm menos de 40 anos de idade e são maioritariamente do sexo feminino.

Este dado vai de encontro às nossas anteriores reflexões sobre as necessidades económicas e a estabilização profissional. Se os presumíveis períodos de descanso são utilizados também para o trabalho o tempo disponível para repouso fica reduzido, com repercussões evidentes nas prestações (quer pessoais, familiares, sociais e na assistência em matéria de prestação de cuidados de saúde aos doentes) (Ward, 2002).

Quadro 12 - Distribuição dos inquiridos que trabalham ou não em outro local

Outro local de trabalho	nº.	%
Não	128	61,2
Sim	81	38,8
Total	209	100,0

Constatámos que dos 137 enfermeiros que estão com horário por turnos, 53 exercem trabalho noutra local que não este hospital. Podemos apontar a razão económica que leva a esta situação. Mas será que são as próprias instituições que incentivam a acumulação de funções, face à grande escassez de profissionais? Fica também a interrogação que consiste em saber se estes enfermeiros têm ou não a possibilidade de usufruir do necessário repouso. Sejam quais forem as explicações desta situação, cabe aos gestores acompanharem em permanência esta situação.

Uma outra questão que pode influenciar toda esta problemática é a antiguidade de serviço. Para tal, propusemos aos nossos inquiridos que explicitassem o seu tempo global de serviço (há quanto tempo são enfermeiros), há quanto tempo exercem a profissão neste hospital e finalmente qual o tempo de serviço específico na unidade ou serviço onde se encontram actualmente.

A análise da distribuição dos inquiridos por tempo de serviço deve ser feita de forma distinta para cada uma das dimensões: tempo geral, no hospital ou na unidade actual. Verifica-se, observando o Quadro 13, que 129 enfermeiros (ou seja, a maioria) estão na unidade actual entre 1 e os 5 anos. É ainda nesta classe que se colocam a maioria (107) dos enfermeiros, reportando-nos agora ao tempo de serviço no hospital.

Não há qualquer enfermeiro na amostra que tenha um tempo geral de serviço inferior a 1 ano. São 88 os enfermeiros que têm o tempo geral de serviço entre os 6 a 10 anos. Este dado pode estar de acordo com o facto do hospital, nas suas novas instalações, existir apenas desde 1997 e estes enfermeiros terem ingressado na profissão ao mesmo tempo que entraram nesta instituição. Dois inquiridos são jovens na profissão, com tempo

de serviço e na unidade actual de 1 a 5 anos e no lugar que ocupam na carreira de enfermagem, ou seja estão na categoria de “enfermeiro” e moram em Bragança e Aveiro respectivamente.

Quadro 13 - Distribuição dos inquiridos segundo os tempos de serviço

Tempos de serviço	Tempo global de serviço	Tempo de serviço no hospital	Tempo de serviço na unidade actual
Período de anos	nº.	nº.	nº.
Inferior a 1 ano	0	2	11
De 1 a 5 anos	33	107	129
De 6 a 10 anos	88	68	56
De 11 a 15 anos	42	15	6
De 16 a 20 anos	21	5	4
De 21 a 25 anos	12	7	1
Superior a 26 anos	13	5	2

Não nos propusemos estudar a mobilidade do pessoal entre os vários serviços. No entanto, consideramos ser esta uma dimensão que não deverá ser esquecida, face aos dados de que dispomos actualmente.

Não se verifica neste estudo uma percentagem significativa de enfermeiros que permaneçam por longos períodos nas unidades de cuidados. Na nossa opinião, a limitação do exercício numa determinada unidade pode evitar dinâmicas de rotinização de tarefas, com reflexos negativos a nível da motivação e da qualidade das práticas. Encontramos apenas 2 enfermeiros com tempo de serviço na unidade actual superior a 26 anos, o que permite concluir que a mobilidade destes foi praticamente nula. Seria útil para qualquer das partes, ao fim de um longo período de tempo, concretizar a mobilidade dos profissionais? Será que os efeitos adversos não iriam suplantiar os potenciais benefícios?

Também pela legislação em vigor, estes 2 enfermeiros estarão muito próximos do seu período de reforma conjuntamente com outros 11 profissionais que têm tempo geral de serviço de mais de 26 anos na categoria de enfermeiro especialista e enfermeiro graduado.

Podemos ainda concluir, olhando para esta distribuição, que os enfermeiros recém chegados à instituição e ao serviço (em número de 11) podem estar ainda a atravessar períodos de integração, visto que estão há menos de 1 ano nas respectivas unidades.

2.2. Dinâmicas de formação

A segunda parte do questionário administrado à população compreendia um conjunto de questões relacionadas com os processos de formação profissional que os enfermeiros realizam de uma forma deliberada. Apesar de não procedermos a estudos objectivos de triangulação entre muitas das dimensões que foram por nós abordadas a nível da caracterização dos inquiridos e o processo de formação, é comum considerar-se que existe um conjunto de escolhas, factos ou acontecimentos de vida que condicionam os percursos formativos, principalmente se estes forem interpretados numa perspectiva estratégica e ecológica.

Um dos aspectos que considerámos importante foi a aquisição de hábitos de leitura de revistas na área da enfermagem. Pensamos que estas leituras podem ser uma das formas de os enfermeiros se manterem actualizados sobre os diversos conteúdos profissionais. Neste sentido, a dimensão foi respondida com recurso a uma escala, com valores entre 1 (Nunca leio) a 4 (Leio com muita frequência). Os dados encontram-se disponíveis no Quadro 14.

Dos 209 inquiridos, a maioria (com uma frequência de 114), responderam “*leio com pouca frequência*” à questão sobre: “*Com que frequência costuma ler revistas, técnicas e científicas da área de enfermagem?*”. Destes, a maior percentagem encontra-se na categoria de “*enfermeiro*” e “*enfermeiro graduado*”. Salienta-se ainda que 12 do total dos inquiridos responderam que lêem “*com muita frequência*” este tipo de publicações (enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes).

Quadro 14 - Distribuição dos inquiridos pela frequência de leitura de revistas técnicas e científicas da área de enfermagem

Frequência de leituras	nº.	%
<i>Nunca leio</i>	15	7,2
Leio com pouco frequência	114	54,5
Leio com frequência	68	32,5
Leio com muita frequência	12	5,7
Total	209	100,0

Existe hoje à disposição dos profissionais um vasto leque de publicações nacionais e internacionais da área da enfermagem e nas várias áreas de interesse. As consultas podem ser feitas de forma tradicional (em papel) ou em base informática (pesquisa pela *Internet* ou suporte digital). As instituições de saúde estão cada vez mais preparadas para a disponibilização de informação actualizada e em tempo útil, dada a velocidade com os conhecimentos evoluem nesta área. Seria vantajoso motivar os profissionais para o recuso a este tipo de formação, em paralelo com a disponibilização de meios reais para que este processo se possa tornar numa *rotina* a nível das unidades de cuidados, com reflexos evidentes a nível das práticas profissionais. Há no entanto um conjunto de estudos que se têm debruçado sistematicamente sobre esta realidade, chamando a atenção para a necessidade de uma “triagem” da informação (que cresce de forma geométrica) e da necessidade de racionalizar a sua utilização nas unidades de cuidados, favorecendo a reflexão sobre os conteúdos em análise e a sua relação com a qualidade das práticas.

A dimensão seguinte reportava-se ao tempo despendido em acções de formação. Identificaram-se para o efeito sete classes distintas, desde “0 horas” a “superior a 35 horas”. Pretendia-se, com esta questão, conhecer o número de horas utilizadas na frequência de acções de formação realizadas no Departamento de Formação do H.P.H. ou nas próprias unidades.

Assim, e de acordo com o Quadro 15, perante a pergunta “Qual o número de horas que utilizou para assistir a acções de formação do Departamento de Formação do hospital

ou na sua unidade, no ano de 2001?”¹⁵, uma percentagem de 33,5% dizem ter utilizado entre 1 a 7 horas; 39 enfermeiros (18,7%) afirmaram não ter utilizado qualquer tempo para assistir a acções de formação no departamento ou na unidade de cuidados.

Quadro 15 - Distribuição dos inquiridos pelas horas utilizadas em acções de formação

Número de horas utilizadas para acções de formação	nº.	%
0 horas	39	18,7
1 a 7 horas	70	33,5
8 a 14 horas	34	16,3
15 a 21 horas	30	14,4
22 a 28 horas	12	5,7
29 a 35 horas	6	2,9
Superior a 35 horas	18	8,6
Total	209	100,0

Estes últimos, na sua maioria, enquadram-se na categoria de “enfermeiro”, com idades inferiores a 36 anos de idade, a trabalhar em horário por turnos e a exercerem a sua profissão em outro local. Com períodos superiores a 35 horas encontraram-se 18 enfermeiros, sendo de idades superiores a 36 anos e maioritariamente enfermeiros chefes e especialistas.

Se considerarmos as frequências acumuladas das respostas aos itens: “0 horas”, “entre 1 e 7 horas” e, “entre 8 e 14 horas”, obtivemos uma frequência acumulada de 63,5%, o que se revela manifestamente pouco face às necessidades de formação e actualização com que estes profissionais se confrontam.

Esta nossa afirmação vai de encontro aos documentos internos consultados do Centro de Formação que dá conta deste facto. As categorias em que esta realidade se sente com menor acuidade são as de “chefe” e “especialista”. As enfermeiras entrevistadas

¹⁵ O pedido de resposta com referência ao ano de 2001 prende-se que à data da administração do questionário ainda não havia um relatório final sobre o Programa de Formação de 2002 que ainda decorria.

referiam a este propósito: “*Existe já algum cansaço em frequentar acções de formação, jornadas ou outros*” (Anexo IX).

Uma primeira explicação que talvez se possa adiantar para esta realidade é a do tipo de horário que praticam os profissionais destas categorias. Acrescenta-se o facto de os grupos “*enfermeiro*” e “*enfermeiro graduado*”, serem os que mais trabalham por turnos e que mais desenvolvem trabalho noutro local fora do hospital (por consequência, eventualmente menos disponíveis para estas participações).

Era ainda nosso intuito saber do envolvimento dos inquiridos na formação formal em serviço e também as categorias de temas por eles abordados nas acções de formação. Dos inquiridos, 127 estiveram envolvidos na apresentação de temas diversos no âmbito de acções de formação; de um total de 209, 82 não responderam. Apesar de aparentemente expressiva a percentagem dos que responderam positivamente, é de salientar que, ainda assim, seria desejável que esta frequência fosse superior. No que se refere à identificação dos temas abordados em acções de formação, as categorias por nós identificadas (apresentadas no Anexo II) foram as seguintes:

Quadro 16 – Temas desenvolvidos e apresentados em acções de formação no hospital pelos inquiridos

- A. Intervenções de enfermagem;**
- B. Manuseamento e técnicas de equipamentos e materiais;**
- C. Higiene, segurança e controle de infecção hospitalar;**
- D. Funções de enfermeiros para áreas específicas;**
- E. Gestão;**
- F. Desenvolvimento da dimensão pessoal e interpessoal;**
- G. Não aplicável;**

Para a categoria **A** identificamos diversas unidades de registo, caracterizadas como *intervenções de enfermagem* (actividade independente ou interdependente); apresentam-se seguidamente alguns exemplos:

Q2 - *“Imobilização, rolamento e levante de doentes”*;

Q19 - *“Posicionamento de doentes cirúrgicos”*;

Q62 - *“Cuidados de enfermagem a doentes com tuberculose pulmonar activa”*;

Q70 - *“O envolvimento dos familiares na prestação de cuidados”*;

Q200 - *“Cuidados ao doente queimado”*.

Na categoria **B** estão expressas técnicas complementares de intervenções de enfermagem onde estão associadas a utilização de materiais e equipamentos apropriados:

Q81 - *“Avaliação da pressão venosa central”*;

Q91 - *“Carro de emergência: o seu uso”*;

Q126 - *“Manuseamento de cateteres vesicais”*;

Q168 - *“Monitorização cardíaca”*;

Q209 - *“Alimentação parentérica”*.

Na categoria **C** encontram-se as unidades de registo que expressam aspectos das acções de formação desenvolvidas com o intuito de realçar a necessidade de prevenção da infecção, medidas de higiene e ainda questões que se relacionam com segurança no local de trabalho:

Q13 - *“Gestão de resíduos hospitalares”*;

Q36 - *“Esterilização para A.A.M.”*;

Q119 - *“Protecção individual em radiologia”*;

Q202 - *“Higiene das mãos”*;

Q205 - *“Saúde e segurança no local de trabalho”*.

Para a categoria **D** contribuíram os dados relacionados com a explicitação de funções que os enfermeiros deverão ter para exercer as suas actividades em locais específicos, unidades e serviços, fruto do próprio contexto:

Q17 - “*Funções do enfermeiro no recobro*”;

Q29 - “*Funções do enfermeiro circulante*”;

Q31 - “*O papel do enfermeiro circulante*”;

Q42 - “*Funções de enfermagem no B.O.*”;

Q42 - “*Técnicas específicas de actuação de enfermagem na sala de neurocirurgia*”.

As acções de formação que visavam aspectos de *gestão* de recursos humanos, materiais, equipamentos e do próprio exercício foram categorizadas com o código **E**:

Q3 - “*Implementação da folha de registo peri-operatório e recobro na cirurgia de ambulatório*”;

Q13 - “*C.I.P.E.*”;

Q19 - “*Qualidade de cuidados*”;

Q184 - “*Introdução à C.I.P.E.*”.

Na categoria do *desenvolvimento da dimensão pessoal e interpessoal*, código **F**, dá-se ênfase aos aspectos cognitivos, emotivos e afectivos de relação; podemos dar como exemplos as seguintes unidades de registo:

Q3 - “*Conflitos, agressões e violência no bloco operatório*”;

Q20 - “*Comunicação*”;

Q21 - “*Stress e conflitos no B.O.*”;

Q65 - “*Relação empática*”;

Q196 - “*Amor maternal: instinto ou inato?*”.

Apesar de designada por “*não aplicável*”, a categoria com o código **G**, teve como unidades de registo significativas:

Q9 - “Nunca me deram oportunidade de o fazer”;

Q195 - “Nunca me deram oportunidade”.

A título de reflexão (sem entrar noutro tipo de consideração), a maioria das unidades de registo encontram-se enquadradas na categoria com o código **A** – “*Intervenções de enfermagem*” com 80 respostas, seguidas das unidades identificadas na categoria com a codificação **B** – “*Manuseamento e técnicas de equipamentos e materiais*”, com 30 respostas. Estas categorias têm uma componente técnica muito vincada em contraste com a categoria **F** que tem menor número de unidades de registo (9) em relação ao total de respostas. Nesta última categoria encontra-se implícito o propósito de contribuir para o desenvolvimento de competências relacionais como suporte para a assistência de enfermagem.

Identificamos ainda algumas unidades de registo (num total de 5) na categoria **G** que pelo menos devem trazer ao debate a criação de oportunidades e a motivação para a participação: “*Nunca me deram oportunidade de o fazer*”; “*Nunca me deram oportunidade*”.

Solicitámos ainda aos enfermeiros que se pronunciassem sobre a sua participação em grupos de trabalho, aspecto que consideramos relevante para um processo global da implicação do profissional na vida da instituição. No Quadro 17 estão expressas as respostas dos inquiridos nesta matéria. Verificou-se que 163 do total de 209 (78%) respondem que “*Não*”. Só 46 (22,0%) referem ter participado em comissões ou grupos de trabalho. Destes 46 enfermeiros, 8 afirmam estar na Comissão de Higiene e Controlo da Infecção Hospitalar e 4 elementos como elo de ligação entre a sua unidade e a respectiva comissão. Finalmente, 2 dos inquiridos, consideram grupo de trabalho ou comissão o facto de serem “*Responsável pela formação em serviço*”. Um elemento considerou relevante para a análise desta participação em grupos de trabalho a sua condição de prestador de cuidados; trata-se, na realidade, de uma função reconhecida como “*enfermeiro de referência*” que implica a realização de diversas reuniões e sessões de trabalho periódicas. Não parece, no entanto, que se trate de uma função devidamente conotada com uma ligação objectiva a um grupo de trabalho.

Quadro 17 - Distribuição dos inquiridos segundo a presença em grupos de trabalho

Pertença a grupos de trabalho	nº.	%
Não	163	78,0
Sim	46	22,0
Total	209	100,0

Como já referimos, a presença em grupos de trabalho e a implicação dos actores na vida das instituições pode favorecer o sentimento de pertença e contribuir decisivamente para a qualidade do desempenho e para a definição de uma identidade positiva para si (Abreu, 2001). Os grupos de trabalho referenciados pelos enfermeiros foram:

- Comissão de escolha de aprovisionamento
- Comissão de Higiene e Controlo de Infecção Hospitalar
- Comissão organizadora do congresso de 2003
- Comissão técnica de enfermagem
- Elo de ligação da Comissão de Infecção com o serviço
- Enfermeira de referência
- Grupo de alimentação parentérica e nutrição artificial
- Grupo de apoio a situações de catástrofe
- Grupo de auditores
- Grupo de avaliação da satisfação dos doentes
- Grupo de cuidados continuados
- Grupo de estudo de úlceras de pressão
- Grupo de gestão de risco
- Grupo de prevenção de tabagismo
- Grupo transfusional
- Responsável pela formação em serviço.

Ainda neste contexto de envolvimento na vida da organização, pretendíamos saber da participação dos inquiridos na orientação de estágios clínicos dos alunos nos vários níveis de formação.

A maioria dos inquiridos (96, uma percentagem de 45,9%, segundo os dados do Quadro 18) respondeu que “*Sim, nos vários estádios de cursos*” (nos vários anos ou semestres). De entre os elementos que respondem positivamente a esta questão, a maioria é composta por enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes.

Quadro 18 - Distribuição dos inquiridos segundo a experiência de orientação de alunos em ensino clínico

Solicitação para orientar o ensino clínico	nº.	%
Não	70	33,5
Sim, em estádios iniciais do curso	28	13,4
Sim, em estádios avançados do curso	15	7,2
Sim, nos vários estádios de cursos	96	45,9
Total	209	100,0

Ainda no âmbito desta questão, 70 (33,5%) responderam “*Não*”. Os restantes 43 enfermeiros (20,6%) limitaram a sua resposta a um determinado tipo de estágio: em estádios iniciais de curso (28 - 13,4%, na sua totalidade enfermeiros graduados); em estádios avançados¹⁶ 15 inquiridos (7,2%) (maioritariamente enfermeiros especialistas).

A participação de enfermeiros dos contextos de trabalho na orientação de alunos em estágio tem vindo a ser um dos motivos de negociação crescente entre as escolas e os hospitais. As instituições de saúde, campos práticos por excelência, são locais onde se podem realizar aprendizagens através da reflexão sobre as práticas, exigindo para tal uma participação activa dos enfermeiros, em articulação com as escolas, com recurso a modelos de tutoria definidos e aceites por ambas as partes.

Nesta unidade hospitalar, os enfermeiros são intervenientes activos no desenvolvimento dos estágios clínicos, sendo por vezes considerados “modelos” para os próprios estagiários. Esta realidade decorre da participação de todos nos processos de formação de enfermeiros independentemente do tipo de intervenção.

¹⁶ Considerámos avançados os que se realizam no final do Curso de Licenciatura (integração à vida profissional)

Uma outra dimensão em análise prendia-se com a opinião dos indivíduos sobre a necessidade dos alunos serem acompanhados pelos enfermeiros do contexto das práticas. Esta foi respondida com recurso a uma escala, com valores entre 1 (nunca) a 5 (sempre). Os dados encontram-se disponíveis no Quadro 19.

Quadro 19 - Distribuição dos inquiridos segundo a necessidade de acompanhamento dos alunos em ensino clínico por parte de um enfermeiro do serviço

Necessidade de acompanhamento por enfermeiro do serviço	nº	%
Nunca	2	1,0
Raras vezes	4	1,9
Por vezes	15	7,2
Muitas vezes	46	22,0
Sempre	142	67,9
Total	209	100,0

Uma percentagem significativa (67,9%) respondeu “sempre” e 22,0% “muitas vezes”, o que resulta numa percentagem acumulada de 89,9% do total. Todas as franjas de categorias (de *enfermeiro* a *enfermeiro chefe*) responderam uniformemente.

Dada a sua complexidade, estas problemáticas foram também equacionadas no decorrer do *Workshop* realizado no Centro de Formação do H.P.H. e do qual retirámos as seguintes notas que são motivo de reflexão e conferem consistência a estes resultados:

- “Preparação dos estágios sem reunião prévia com todos os intervenientes”;
- “Colocar todos os profissionais enfermeiros como responsáveis pela formação dos seus pares”;
- “O enfermeiro do serviço ou unidade deve acompanhar sempre os alunos em situação de estágio”.

Importa também reflectir sobre o número de respostas que os enfermeiros da amostra atribuíram a “*Nunca*”, “*Raras vezes*” e “*Por vezes*”, com um total acumulado de 21 (frequência acumulada de 10,1%). O resultado sugere um possível desinteresse por parte destes ou uma ausência de envolvimento nesta área, tanto mais que a maioria destes responderam anteriormente que não foram solicitados para orientação de alunos.

Quadro 20 - Distribuição dos inquiridos sobre qual o enfermeiro com as características para orientar o ensino clínico

Enfermeiro com as características para orientar ensino clínico	nº.	%
Enfermeiro	20	9,6
Enfermeiro Graduado	44	21,1
Enfermeiro Especialista	138	66,0
Enfermeiro Chefe	7	3,3
Total	209	100,0

Sabemos, por imperativo legal, que a responsabilidade da formação de profissionais de enfermagem, designadamente em contexto clínico, é da competência dos próprios enfermeiros. Pretendíamos conhecer, entre o leque de categorias presentes na carreira de enfermagem e na experiência e perspectiva dos inquiridos, qual o profissional que detém as características indicadas para orientação dos ensinos clínicos.

Pela leitura do Quadro 20, os inquiridos apontam o enfermeiro especialista como o que detém as características mais apropriadas para a orientação do ensino clínico (opinião de 138 inquiridos - 66,0%).

Este resultado é transversal a todas as categorias profissionais da nossa amostra e é ainda a opinião das enfermeiras entrevistadas, quando referem que “*O especialista tem mais carreira, lutou e essa luta é valorizada pelos outros*” (Anexo IX).

Verifica-se que a própria carreira de enfermagem contempla esta atribuição da responsabilidade na formação ao enfermeiro especialista. As enfermeiras entrevistadas valorizam esta análise ao afirmarem que:

- “...tendo em atenção à formação dos especialistas, são eles que na unidade estão mais responsáveis para orientar alunos”;
- “...é o enfermeiro especialista, quando os há, é ele que integra os novos profissionais e faz a orientação de alunos em estágio” (Anexo IX).

Pensamos que as categorias de “enfermeiro” e “enfermeiro graduado” têm também o seu papel nos modelos de acompanhamento de ensino clínico, se bem que com a supervisão do especialista ou de outro profissional com formação específica para orientação de alunos.

Na actualidade tem-se verificado algumas dificuldades de articulação entre as escolas e as instituições de saúde – o hospital, o centro de saúde e outras. Uma dessas problemáticas prende-se com o tipo de relação que o orientador ou supervisor de estágio deverá ter com as duas instituições envolvidas. Nesta perspectiva desejámos saber, em continuidade do que os inquiridos expressaram, a sua opinião sobre qual o tipo de relação deste enfermeiro supervisor com a escola.

O tipo de relação que este enfermeiro orientador de ensino clínico deve ter com a escola e o hospital é, para 167 inquiridos (Quadro 21), de “*enfermeiro cooperante com a escola mas ligado ao hospital*”. Novamente todas as categorias profissionais respondem sem significativas diferenças. De salientar que 22 respondentes assinalam a sua indiferença perante esta problemática. Parte significativa destes já revelaram anteriormente que nunca foram solicitados para orientação de ensino clínico, o que nos faz reflectir sobre a sua motivação nestes desempenhos.

A totalidade de 167 enfermeiros (79,9%), ao considerarem uma aproximação entre a escola e o hospital (consubstanciada na figura de cooperante), vão de encontro às actuais políticas de estágios consignadas nos protocolos entre muitas destas instituições. Parece-nos que uma melhor relação entre ambas poderá favorecer as estratégias de aprendizagem e melhorar a organização dos ensinos clínicos, com idênticos benefícios para os serviços.

Também é significativo o valor encontrado para os inquiridos que consideram que o enfermeiro que acompanha o ensino clínico deve ser docente da escola (com 5,3%).

Quadro 21 - Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de relação que o enfermeiro orientador do ensino clínico deve ter com a escola e o hospital

Tipo de relação do enfermeiro orientador, com a escola e o hospital	nº.	%
Enfermeiro cooperante com a escola mas ligado ao hospital	167	79,9
Enfermeiro cooperante com a escola mas não ligado ao hospital	9	4,3
Ser docente da escola	11	5,3
É-me indiferente	22	10,5
Total	209	100,0

Pensamos ser necessário que os acordos de parceria firmados entre as instituições englobem as políticas de procedimentos e responsabilidades da supervisão de ensinos clínicos, assim como o desenvolvimento de competências dos enfermeiros com responsabilidades de tutoria para o desempenho do seu papel de formadores.

Como forma de melhorar as relações e actividades de cooperação entre as escolas e as instituições hospitalares, no “*Workshop*”, deram-se alguns contributos nesta matéria:

- “*Escolher profissionais motivadores*”;
- “*Formação pedagógica*”;
- “*Participação na elaboração dos programas de estágio*”;
- “*Reuniões periódicas entre os parceiros*”;
- “*Participação em algumas aulas teóricas*”;
- “*Abertura da escola aos profissionais para formação em pedagogia*”;
- “*Participação na elaboração das grelhas de avaliação*”.

É do conhecimento comum, no contexto da profissão, que outra importante dimensão para o desenvolvimento profissional é a forma como o enfermeiro, recém-chegado à instituição, ao hospital ou ao serviço, é integrado na unidade social que o recebe, através dos processos formais e informais de acompanhamento, processo também extensivo aos alunos em ensino clínico (com as necessárias adaptações).

Pretendíamos conhecer a experiência que os enfermeiros tiveram no que respeita ao tempo de desenvolvimento do programa de integração no hospital e na unidade onde exercem as suas actividades.

Conforme o Quadro 22, a maior percentagem de respostas assinala que não foi dado qualquer tempo de integração formal, com um total de 87 enfermeiros.

Quadro 22 - Distribuição dos inquiridos segundo o tempo de integração proporcionado

Tempo de integração proporcionado	nº.	%
Não, não me foi dado qualquer tempo de integração	87	41,6
Sim, foi-me proposto um tempo de integração	84	40,2
Sim, mas esse tempo revelou-se insuficiente	38	18,2
Total	209	100,0

Os resultados encontram-se maioritariamente nas categorias de “enfermeiro” e “enfermeiro graduado” e com tempos de serviço no hospital, na sua maioria entre os 1 e os 5 anos.

A este facto, se associarmos as frequências acumuladas, temos 59,8% que referem não terem tido qualquer tempo de integração, ou que tendo usufruído de um tempo de integração, este foi manifestamente insuficiente em relação às suas necessidades.

Com uma percentagem de 40,2%, 84 enfermeiros afirmaram ter sido proporcionado um tempo de integração formal. A maioria destes últimos tem tempos de serviço neste hospital entre os 6 e os 10 anos. Sendo assim, os problemas identificados pelos enfermeiros em relação ao tempo proposto para integração devem considerar-se extensivos aos últimos 5 anos.

As enfermeiras entrevistadas (Anexo IX) dão os seus contributos a esta dimensão em análise, ao afirmarem:

- *“No início da nossa vida profissional tudo é muito complicado, temos muitas dificuldades”;*
- *“Em unidades ou serviços muito específicos, os programas de integração são até demasiadamente muito rígidos”;*
- *“A má integração também se reflecte nos alunos porque os processos são idênticos”.*

Não questionamos os enfermeiros da amostra sobre quem deveria ter a responsabilidade de integração ou sobre o programa em si; mas, a propósito desta temática, as enfermeiras entrevistadas referem a preferência do *“... enfermeiro especialista em relação ao enfermeiro chefe para os orientar. Acho que a relação hierárquica pode meter algum medo.”* (Anexo IX).

Esta realidade é ainda verificável na orientação aos alunos em estágio; os alunos têm que atravessar, também eles, um período de integração no hospital e na unidade consoante a tipologia de estágio. Referem que o enfermeiro chefe, no exercício desta actividade, pode não ser o profissional mais indicado para esta integração, facto de ocupar um lugar de chefia.

2.3. A evidência das práticas

O desenvolvimento das práticas profissionais dos enfermeiros, em matéria de assistência em saúde, faz emergir nos dias de hoje um conjunto evidente de problemas inerentes à sua complexidade e aos níveis de exigência da própria sociedade a que estes não podem ser alheios.

As modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros ao nível de formação académica e profissional, têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática cada vez mais complexa, diferenciada e exigente, uma vez que está em causa a prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança.

A supervisão clínica em enfermagem aponta para a identificação dos problemas decorrentes destas práticas e soluções para a melhoria das mesmas através do desenvolvimento profissional e pessoal.

Os processos de supervisão, problematizados neste contexto profissional, devem ser sempre conduzidos e orientados para o universo das práticas e dos enquadramentos empíricos (dimensões que os inquiridos da amostra consideram ser por vezes problemáticas).

A propósito de uma reflexão sobre o seu exercício profissional, solicitou-se aos enfermeiros que identificassem dificuldades que já alguma vez sentiram ao prestar cuidados junto de um doente ou família na sua assistência diária.

No Quadro 23 encontram-se indicadas as frequências com que surgiram algumas dificuldades específicas (presença ou ausência).

Quadro 23 - Distribuição dos inquiridos pelas dificuldades que apresentam ao prestar cuidados aos doentes ou família

Tipo de Dificuldades	SIM nº.	NÃO nº.
Dificuldades na relação de ajuda	113	96
Dificuldades na compensação/reposição do seu estado de saúde	140	69
Dificuldades em abordar situações de doentes terminais	163	46
Dificuldades em diagnosticar os problemas de enfermagem	85	124
Dificuldades na comunicação	93	116
Dificuldades em abordar doentes com SIDA	105	104
Dificuldades em aspectos técnicos	84	125
Dificuldades por ter alunos ou outros a observar-me	71	138
Outras dificuldades	134	75

Dada a complexidade das práticas seria de esperar que os profissionais apontassem também outras das dimensões não assinaladas, aspectos aliás assinalados em estudos similares. É no entanto elucidativo verificar o número de respostas que assinalam a existência de dificuldades em diversas dimensões da assistência, o que aliás vem reforçar a complexidade de que se reveste o exercício profissional dos enfermeiros.

Nota-se que a maioria dos enfermeiros da nossa amostra sentiu já dificuldades na relação de ajuda (113), na reposição/compensação do estado de saúde dos seus doentes (140) e ainda dificuldades em abordar as situações implícitas aos doentes terminais¹⁷ e a doentes com S.I.D.A. (163 e 105 respectivamente). São na sua maioria respondentes com a categoria de “*enfermeiro*”. Para além das dificuldades identificadas no questionário, 134 inquiridos afirmam ter já sentido “*outras dificuldades*”, sendo na sua maioria com a categoria profissional de “*enfermeiro*” e “*enfermeiro graduado*”.

É significativo o número de enfermeiros (71) que responderam ter já sentido dificuldades por terem alunos ou outros a observá-los no decorrer das suas actividades junto dos doentes.

Na continuação da análise deste Quadro 23, indicam-se ainda dificuldades relacionadas com a dimensão pessoal e interpessoal (nos seus aspectos emotivos e afectivos): relação de ajuda, lidar com doentes terminais, ou em fim de vida, e com doentes com S.I.D.A.; o número de enfermeiros que referem ter tido dificuldades é superior aos que dizem não terem.

Foram no entanto as áreas relacionadas com este enquadramento que menos estiveram desenvolvidas na formação em serviço (formal) realizada pelos enfermeiros. Já nos aspectos técnicos e no diagnóstico de problemas de enfermagem, a maioria dos enfermeiros respondentes referem não terem sentido tanto essas dificuldades. Nesta dimensão, as acções de formação frequentadas e desenvolvidas, quer nas suas unidades, quer no Centro de Formação, são aquelas que obtiveram mais adesão.

Ao grupo de enfermeiras entrevistadas foram colocados estes dados para que se reflectisse sobre eles. Comentaram os resultados expressando as seguintes afirmações que nos parecem relevantes para esta análise (Anexo IX):

- “*Saber se de facto satisfazíamos as necessidades dos nossos doentes*”
- “*Às vezes pensamos que o doente entendeu aquilo que dissemos mas vamos a ver e ele não percebeu*”
- “*Era muito difícil ver um doente morrer*”
- “*Abordar a família sobre qualquer assunto*”

¹⁷ Considerou-se “doente terminal”, ou “doente em fim de vida”, o doente em que a sua situação clínica não envolve prioritariamente procedimentos terapêuticos de cura, mas sim de manutenção da qualidade de vida até ao momento da sua morte, inclusive.

- *“Ficamos muitas vezes em choque perante o que acontece às crianças”*
- *“É sempre complicado falar na morte”*
- *“Enfermeiras que não aguentam e explodem em choro mas caladas”*
- *“Não somos capazes de assumir perante os outros que temos dificuldades inerentes aos sentimentos”*
- *“Ninguém quer estar perto de um doente que vai morrer”.*

Ao pedir-se que os enfermeiros identificassem outras dificuldades que têm e para as quais necessitavam de formação, apenas 80 indicaram áreas específicas, as quais podem ser consultadas no Anexo III. As categorias identificadas, após análise de conteúdo, estão identificadas no Quadro 24.

Quadro – 24 Outras áreas em que os inquiridos necessitam de formação

- A. Gestão e organização;**
- B. Aspectos técnicos e teóricos das intervenções de enfermagem;**
- C. Dimensão pessoal e interpessoal;**
- D. Formação;**
- E. Não aplicável;**

Para a categoria “*Gestão e Organização*”, com o código **A**, encontraram-se 25 unidades de registo; indicam-se seguidamente alguns exemplos:

Q52 - “*C.I.P.E.*”;

Q64 - “*Legislação referente ao actual estado do HPH - SA*”;

Q105 - “*Informática*”.

Parece-nos compreensível a existência destas dificuldades visto que a C.I.P.E. é um sistema de informação, em base informatizada ou em base tradicional de papel, recentemente implementado para estudo e desenvolvimento neste contexto hospitalar. Também esta instituição hospitalar tem actualmente uma nova denominação jurídica o que

faz com que os seus profissionais desejem conhecer a natureza e o enquadramento jurídico das *Sociedades Anónimas*.

No que se refere à categoria identificada como “*Aspectos técnicos e teóricos das intervenções de enfermagem*” (código **B**, com 16 unidades de registo), apontaram como exemplo as seguintes:

Q31 - “*Manobras invasivas*”;

Q82 - “*SIDA e gravidez*”;

Q195 - “*Manipulação de cateteres centrais*”.

Os aspectos técnicos são sempre, na nossa opinião, motivo de dificuldades, dado os desenvolvimentos tecnológicos constantes e que carecem obviamente de uma actualização. Neste âmbito, as acções de formação desenvolvidas pelos enfermeiros da nossa amostra parecem dar resposta, visto que a maioria indicou actividades formativas nesta área.

Na categoria “*Dimensão pessoal e interpessoal*” (código **C**, com 29 unidades de registo), encontraram-se os seguintes exemplos:

Q8 - “*Como deve o enfermeiro gerir o seu tempo para dar apoio emocional necessário ao doente e família no Serviço de Urgência?*”;

Q176 - “*Como lidar com doentes terminais?*”;

Q201 - “*Na área das relações interpessoais*”.

É também nesta categoria que se verifica uma significativa frequência de unidades de registo. No entanto, reforçamos aqui uma ideia anteriormente apresentada: existe um paradoxo entre as necessidades sentidas e a fraca ocorrência de formação específica nesta área.

A questão do apoio a doentes terminais é transversal a uma grande maioria de inquiridos e também às enfermeiras entrevistadas. Pensamos que esta dimensão deve proporcionar mais debates não apenas a nível das complexidades da prática (que gera, ele própria, problemas de formação) mas igualmente dos aspectos formativos que lhes devem estar associados.

Para a categoria identificada por “*Formação*”, com o código **D** (com 4 unidades de registo), assinalam-se os seguintes exemplos:

Q75 - “*Pedagogia*”;

Q101 - “*Formação para formadores*”;

Q130 - “*Realização de formação em serviço*”.

Salienta-se nesta categoria que os enfermeiros terão necessidade de realizar formação para que depois possam desenvolver estas acções a outros com procedimentos pedagógicos adequados. Como forma de dar resposta a estas matérias, seria eventualmente desejável que o Centro de Formação ou as escolas proporcionassem Cursos de Formação de Formadores. Actualmente não se encontra previsto no plano de actividades, conforme consulta de documentação fornecida pelo Centro de Formação.

Finalmente com o código **E** (com 6 unidades de registo) foi identificada a categoria “*Não aplicável*” onde se encontram os seguintes exemplos:

Q3 - “*Embora tenha respondido anteriormente ‘não’, isso não quer dizer que não seja necessário formação sobre todos os temas*”;

Q44 - “*Preciso sempre de formação, seja ela qual for*”;

Q156 - “*Outras áreas que não as de doentes de medicina interna*”.

Perante estes últimos resultados é importante salientar a postura dos profissionais inquiridos que expressam que a formação deve ser continuada, dada a necessidade de se encontrarem sempre actualizados.

Para além destas áreas, que os inquiridos descreveram como *problemas de formação*, foi-lhes proposto que perante as dificuldades sentidas, indicassem quais poderiam ser minimizadas através de acções de formação.

Incluíamos no leque de possibilidades de resposta um conjunto de hipóteses alargado. No Quadro 25 estão apresentadas as respostas dos inquiridos em matéria de necessidades de formação e acompanhamento.

Ao analisarmos o Quadro 25, em que se apresentam as distribuições de frequências de respostas discriminadas em “*Sim*” e “*Não*” por referência a um conjunto de dificuldades

específicas, verifica-se que onde é mais evidente a existência de necessidades de formação é a dimensão relativa a doentes terminais ou em fim de vida (135 elementos afirmam que sentem problemas de formação a este nível).

Os que referem não sentirem essa necessidade (74) encontram-se distribuídos em termos mais uniformes pelas diversas categorias profissionais.

Parece-nos existir uma convergência com o explicitado anteriormente. No que respeita às outras dimensões em análise, a maioria dos respondentes não dão grande visibilidade a problemas de formação nestas áreas, o que não deixa de ser motivo de reflexão, dado o número de respostas dadas.

Tanto no Quadro 23 como no Quadro 25, na dimensão “*dificuldades por ter alunos, ou outros, a observar-me*”, 71 dos inquiridos respondem que já sentiram essa dificuldade e 45, nesta última vertente, referem que ainda a sente, facto que suscita uma necessidade de ajuda.

Quadro 25 - Distribuição dos inquiridos pela identificação das necessidades de formação e acompanhamento para o seu desenvolvimento pessoal e profissional

Dificuldades que necessita de formação	SIM nº.	NÃO nº.
Dificuldades na relação de ajuda	91	118
Dificuldades na compensação/reposição do seu estado de saúde	102	107
Dificuldades em abordar situações de doentes terminais	135	74
Dificuldades em diagnosticar os problemas de enfermagem	85	124
Dificuldades na comunicação	73	136
Dificuldades em abordar doentes com SIDA	93	116
Dificuldades em aspectos técnicos	83	126
Dificuldades por ter alunos ou outros a observar-me	45	164

Este foi um dado importante no nosso estudo, pelo que o propusemos para reflexão às enfermeiras entrevistadas. Estas deram as suas opiniões através das seguintes afirmações (Anexo IX):

- *“Sentem-se inseguros perante os alunos por não saberem determinadas matérias”;*
- *“Vêm para aqui junto de pessoas que também não estão muito seguras de si”;*
- *“Não sabem perante alunos o que os faz sentir mais incomodados”;*
- *“Recusar dar apoio ou respostas aos alunos e nós sabemos que é por falta de segurança”;*
- *“Receio de uma confrontação entre o profissional e o aluno”.*

Estas afirmações vão também de encontro à nossa perspectiva profissional e às leituras efectuadas por nós nesta área. A nossa própria experiência permite verificar que, quando temos alunos nos nossos campos de estágio, surgem situações análogas com alguns dos nossos colegas profissionais. Por outro lado, Webb (2002) lança a debate, como proposta de resolver esta questão, o apoio mais efectivo aos profissionais a quem fossem detectadas este tipo de dificuldades.

Na dimensão seguinte pretendeu-se saber se existia alguma possibilidade de obter um apoio específico de alguém, com disponibilidade e competência para ajudar, perante a existência de necessidade de orientação e suporte.

A maioria (principalmente os enfermeiros especialistas e os enfermeiros chefes), respondeu que existe sempre alguém, com uma percentagem de 60,3% (126 inquiridos), conforme se poderá ler no Quadro 26; 39,7% (83), afirmaram no entanto que essa disponibilidade nem sempre se verifica.

Para esta dimensão a disponibilidade identifica-se com conjugação de informalidade, abertura, motivação, ajuda incondicional; alguém que esteja ao nosso lado quando necessitamos de ajuda para compreender determinada acção sem que se trate obrigatoriamente de um processo formal. Com estes resultados, tudo leva a crer que esta disponibilidade está presente na maioria das situações.

Quadro 26 - Distribuição dos inquiridos sobre se usufruíram de acompanhamento clínico aquando a prestação de cuidados

Existência de alguém disponível para apoiar e orientar	nº.	%
Não	83	39,7
Sim	126	60,3
Total	209	100,0

Em outra dimensão perguntava-se se existe algum profissional identificado no hospital que costuma consultar, que dá apoio e suporte emocional quando precisa e que ajude o enfermeiro no desenvolvimento das suas práticas quotidianas.

Aqui observou-se o inverso da anterior análise. Como se pode observar no Quadro 27, a maioria (60,3%) respondeu que não existe um elemento que formalmente assuma esse papel de suporte, contra os restantes 83 (39,7%) que afirmaram a existência desta figura. Trata-se de uma ambiguidade provavelmente estará dependente do grau de formalização da figura do *tutor, supervisor das práticas clínicas*.

Quadro 27 - Distribuição dos inquiridos sobre quem os enfermeiros costumam consultar para o desenvolvimento das suas práticas

Existência de um profissional que costuma consultar	nº.	%
Não	126	60,3
Sim	83	39,7
Total	209	100,0

As questões da formalidade da ajuda serão motivo de análise quando abordarmos a sistematização dos processos de orientação, supervisão, suporte e ajuda. Fica-nos para já a ideia de que os enfermeiros não têm uma ajuda sistematizada pela identificação de

alguém na instituição que o faça de uma forma continuada. A ajuda é informal e não sistematizada, o que no entanto não a relega para uma situação periférica.

Ainda nesta dimensão, pedia-se também que identificassem o profissional, categoria ou sector que utilizavam como apoio para a orientação e ajuda. Apesar de encontrarmos 83 enfermeiros que afirmaram positivamente (39,7%, como se pode ver no Quadro 27), apenas 54 identificaram quem era esse profissional, conforme expresso no Quadro 28; 29 (35,0%) enfermeiros não responderam a esta questão.

Quadro - 28 Distribuição dos inquiridos segundo o profissional que costumam consultar

Categoria profissional	nº.	%
a.a.m.	1	1,2
assistente social	1	1,2
colegas do serviço	2	2,4
colegas e amigos	2	2,4
enfermeira	12	14,5
enfermeira chefe	9	10,8
enfermeira directora	2	2,4
enfermeira do serviço	1	1,2
enfermeira especialista	13	15,7
enfermeira graduada	6	7,2
enfermeiro de referência	1	1,2
medico	2	2,4
psicólogo	2	2,4
não responderam	29	35,0
Total	83	100,0

* auxiliar de acção médica

“A *enfermeira especialista*” é o profissional que os enfermeiros referem como a que com mais frequência costumam consultar.

De salientar que o “enfermeiro de referência” é identificado apenas por um inquirido. Este resultado foi posto à consideração das enfermeiras entrevistadas. Nesta altura já tínhamos conhecimento da existência formal da figura de “enfermeiro de referência” na instituição, com funções específicas.

A nossa atenção residia no facto de apenas 1 inquirido ter nomeado o enfermeiro de referência. Posteriormente, a explicação parece-nos evidente, visto que os enfermeiros de referência são normalmente: ou enfermeiros especialistas, ou os mais velhos na instituição, ou ainda os profissionais a quem são reconhecidas determinadas capacidades e competências. No caso do enfermeiro de referência, não está explícito, no seu conteúdo funcional, o acompanhamento de colegas com necessidades de ajuda para o desenvolvimento das práticas.

As entrevistadas sobre estas matérias referiram (Anexo IX):

- *“O enfermeiro de referência é o enfermeiro especialista, quando os há”;*
- *“Ser enfermeira de referência, é ser-se de referência”;*
- *“Enfermeiro especialista ou enfermeiro de referência. Tem é de ter as qualificações necessárias para tal”.*

Concluimos que quando se referem ao enfermeiro especialista, os inquiridos podem estar a indicar também o enfermeiro de referência. Já o facto de poucos solicitarem o apoio do enfermeiro chefe pode estar relacionado com a dependência hierárquica e com outros factores (Anexo IX): *“O enfermeiro especialista tem mais conhecimentos por ter feito um curso mas o chefe tem uma postura mais de gestão do que de apoio ao outro”.*

Por outro lado, existe alguma evidência de que os processos de escolha e aceitação dos enfermeiros de referência não terão sido pacíficos, como expressam as entrevistadas e as intervenções no “Workshop”:

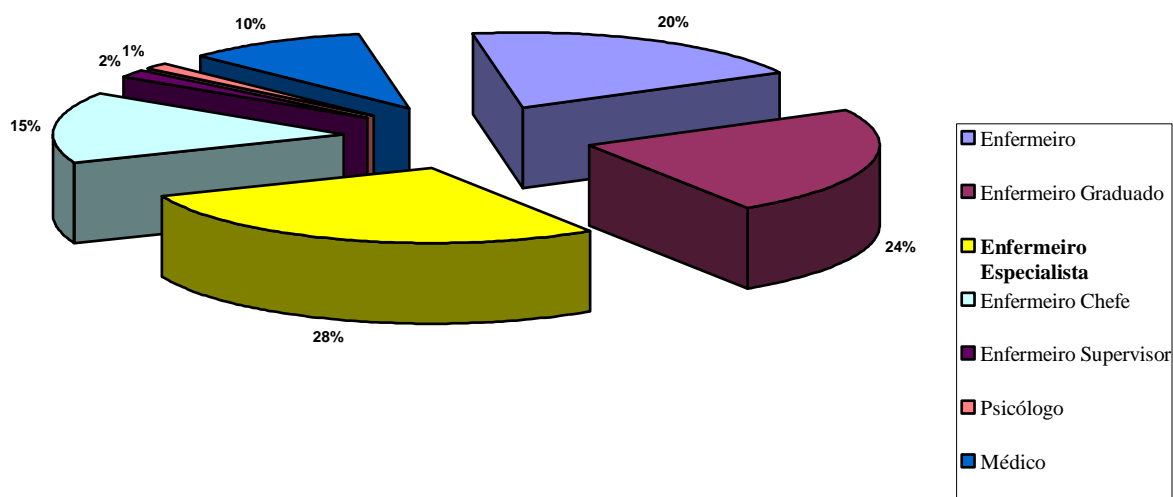
- *“O enfermeiro especialista está associado ao enfermeiro de referência, a questão do enfermeiro de referência é que nunca foi muito bem aceite pela maioria” (Entrevista, Anexo IX);*
- *“O enfermeiro de referência é especialista mas teria de haver melhores critérios de selecção destes” (Workshop).*

Pedia-se ainda aos inquiridos que identificassem, dentro de várias categorias profissionais por nós apresentadas, se “Sim” ou “Não” costumavam consultá-los quando sentissem dificuldades no decurso da prestação de cuidados.

Quadro 29 - Distribuição dos inquiridos pelo título profissional da pessoa que costumam consultar quando têm dificuldades em prestar cuidados

Título Profissional	SIM nº.	NÃO Nº.
Enfermeiro	140	69
Enfermeiro Graduado	166	43
Enfermeiro Especialista	197	12
Enfermeiro Chefe	108	101
Enfermeiro Supervisor	12	197
Psicólogo	10	199
Médico	70	139

Gráfico - 2 Profissionais solicitados pelos enfermeiros quando sentem dificuldades no exercício



Os resultados estão expressos no Quadro 29 e no Gráfico 2, onde se verifica que o enfermeiro especialista é o elemento consultado pela maioria dos inquiridos (com uma frequência de 197), em contraste com 12 respondentes que dizem não consultar este enfermeiro aquando a existência de dificuldades nas suas práticas. O “Enfermeiro”

(categoria profissional) é consultado por 140 inquiridos ao contrário do “*Médico*” que só é consultado por 70 indivíduos da nossa amostra. “Os enfermeiros especialistas” são o grupo que mais recorreram ao *Psicólogo* e ao *Médico* como forma de obterem ajuda.

Como curiosidade, constata-se que 12 respondentes afirmam consultar o Enfermeiro Supervisor, lugar da Carreira de Enfermagem que não tem uma ligação directa com as práticas junto dos doentes, visto que as suas funções estão associadas à gestão dos serviços de enfermagem.

Nestas respostas é notória, como referíamos, a consulta ao enfermeiro especialista. Esta realidade é reforçada pelas enfermeiras entrevistadas, que perante os dados que lhe são apresentados dão as seguintes sugestões para análise (Anexo IX):

- “*Verem no especialista, o mais velho e aquele que tem mais conhecimentos*”;
- “*O especialista como um profissional com mais competências numa determinada área para prestar cuidados mais diferenciados*”.

As características da pessoa que poderia ajudar no desenvolvimento das práticas foi também uma das nossas dimensões em análise.

Propusemos dois tipos de questões: numa delas expressávamos algumas das características por nós encontradas na perspectiva de alguns autores sobre estas matérias e outra dando possibilidade aos inquiridos de responderem de forma aberta e livre sobre essas mesmas características e atribuindo ou não outras.

No Quadro 30 expressa-se as frequências de respostas para uma escala de 4 graus de importância de “*nada importante*”, “*pouco importante*”, “*importante*” e “*muito importante*”, referindo-se às características que esta figura de suporte e de ajuda deverá ter, em consequência das escolhas na questão anterior e perspectivando-se outras que podem de alguma forma serem associadas.

A maioria dos enfermeiros afirmam ser “*muito importante*” que esta figura de suporte tenha “*disponibilidade permanente*”, “*saiba ouvir*”, “*seja assertivo*”, “*seja confiante*”, *saiba avaliar*”, tenha “*conhecimentos técnicos e científicos*” e ainda de relações humanas.

Pelo contrário, os dados apontam como “*nada importante*” o não ter em consideração as características da pessoa, o facto de ser um profissional do mesmo sexo ou ser seu amigo pessoal. São maioritariamente os enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes que atribuem o grau de “*muito importante*” às primeiras características por nós identificadas nesta figura de suporte.

Quadro 30 - Opinião dos inquiridos sobre as características que a pessoa que orienta deverá ter

Características da pessoa que orienta	Nada Importante n.º.	Pouco Importante n.º.	Importante n.º.	Muito Importante n.º.
Ter disponibilidade permanente	2	12	82	113
Saber ouvir	0	1	46	162
Ser assertivo	0	3	60	146
Ser confidente	1	13	73	122
Saber avaliar	0	1	51	157
Ter conhecimentos técnicos e científicos	0	2	40	167
Ser meu amigo pessoal	144	51	7	7
Ter conhecimento sobre relações humanas	19	13	67	110
Ser um profissional do mesmo sexo	179	21	4	5
Não importa as características da pessoa	163	40	2	4

Sentimos necessidade de conhecer ainda outras características que pudessem não estar presentes nas questões anteriores. Responderam a esta questão 110 do total de 209 inquiridos; as respostas foram categorizadas atribuindo-se os respectivos códigos como se descreve no Quadro 31.

De salientar que a maior frequência (59) de respostas enquadra-se na categoria **D**, “*competência no desenvolvimento das dimensões pessoais e interpessoais*”, conforme visível no Anexo IV onde se encontra a transcrição das unidades de registo para as categorias identificadas.

Quadro 31 – Opinião dos inquiridos sobre outras características do supervisor

- A. Concordância com as apresentadas**
- B. Formação específica**
- C. Competência nas práticas**
- D. Competência no desenvolvimento das dimensões pessoais e interpessoais**
- E. Não aplicável**

A esfera do pessoal e interpessoal é, para uma grande maioria dos actores consultados e também pelas nossas vivências pessoais, uma dimensão em que se vislumbram necessidades formativas por excelência.

Para a primeira categoria, com o código **A** (com um total de 5), ou seja as afirmações de concordância com aquelas que descriminámos, concorreram os seguintes exemplos de unidades de registo:

Q2 – “Referiram as mais importantes”;

Q7 – “Focaram todas”.

Ficou-nos desde logo a ideia de que abrangemos inicialmente um leque significativo de características quando os inquiridos descrevem estas unidades de registo. No que respeita à categoria **B**, “*formação específica*”, identificaram-se 22 unidades de registo:

Q63 – “Ter formação específica”;

Q114 – “Ter formação especializada na área”.

As enfermeiras entrevistadas, referem a formação numa área específica como condição para a orientação efectiva por parte desta figura de suporte (Anexo IX):

- *“devia ter formação específica”;*
- *“é verdade que esse especialista pode vir a frequentar uma formação nesse sentido”;*
- *“o especialista pode muito bem ser o escolhido, apesar de haver poucos, mas que não quer dizer que não tenha de fazer formação específica na área de supervisão”.*

Tendo como referência a categoria **C** *“competência nas práticas”*, em que o enfermeiro já domina o seu campo de actividades, podemos dar dois exemplos das unidades de registo encontradas (21):

Q38 – *“Experiência profissional”;*

Q117 – *“Estar perto dos cuidados aos doentes”.*

As enfermeiras entrevistadas apontam para as características relacionadas com a identificação com as práticas por parte da figura de suporte (Anexo IX):

- *“O ser da prática ou seja, estar no serviço penso que também é uma característica essencial”;*
- *“gostam do que fazem e desenvolvem muitas aprendizagens mesmo em serviço e na sua área”.*

Para a categoria de código **D**, em que as dimensões da relação quer afectivas quer emotivas são evidentes (*Competência no desenvolvimento das dimensões pessoais e interpessoais*), encontrámos as seguintes unidades de registo:

Q10 – *“Saber reflectir com o outro sem lançar juízos”;*

Q158 – *“Deve ter uma personalidade aberta”.*

Finalmente para a categoria de *“não aplicável”*, código **E**, tivemos apenas 3 respostas aceites como unidades de registo:

Q139 – “*Ser externo ao serviço*”;

Q163 – “*Não ser enfermeiro avaliador da avaliação de desempenho*”;

Q187 – “*Que seja diferente da enfermeira de referência*”.

Apesar da classificação de “*não aplicável*”, estes dados não deixaram de nos fazer reflectir sobre eventuais situações a que se reportam, colocando a hipótese de haver necessidade de equacionar a forma de designação dos enfermeiros de referência. Não nos esqueçamos, no entanto, que é uma afirmação pontual.

Existe, a nosso ver, uma aproximação à ideia geral de que as características fundamentais que os enfermeiros apreciam na figura do orientador, de ajuda e de suporte para as práticas são: a competência profissional, capacidade de organização, de liderança e de gestão de emoções, imparcialidade, dinamismo com espírito de colaboração em equipa, saber ouvir e dialogar, mostrar disponibilidade e compreensão e ter uma formação na área.

Pretendeu-se identificar o papel da própria organização perante a problemática de ajuda e colaboração no desenvolvimento pessoal e profissional dos seus pares, na perspectiva dos profissionais.

Era nossa intenção saber se a organização hospitalar onde o enfermeiro está inserido tem de alguma forma ajudado (formalmente) na resolução das dificuldades no exercício profissional.

No Quadro 32 observa-se que para uma percentagem de 39,7% (83 dos 209 enfermeiros inquiridos), a organização nunca ajudou *formalmente*. Saliente-se que entre estes 83 inquiridos, a maioria situa-se categoria de “*enfermeiro*”.

Quadro 32: Distribuição dos inquiridos segundo a ajuda por parte da organização na resolução das suas dificuldades

Ajuda, por parte da organização na resolução de dificuldades	nº.	%
Não, nunca me ajudaram	83	39,7
Sim, ajudam-me quando solicito ajuda	102	48,8
Sim, ajudam-me mesmo quando não solicito ajuda	24	11,5
Total	209	100,0

Para os restantes, a ajuda foi prestada quando solicitada (102) e dada mesmo sem a solicitação do próprio enfermeiro (24). Nesta dimensão apelávamos à identificação da ajuda como *processo formal*. Como verificámos no anterior Quadro 23 os respondentes diziam (com uma maioria significativa) não existir ninguém que os apoiasse nas práticas e que aqui parecem voltar a realçar. No entanto, triangulando estas respostas com outras anteriores, a existência de espaços informais de ajuda e suporte pode colocar a hipótese de se tratar de uma área que a instituição, de forma deliberada, pode querer que seja interpretada como informal, fazendo depender disso a sua eficácia.

Outro aspecto que gostaríamos de reflectir era a ajuda *como resposta a uma solicitação* dos profissionais. Na perspectiva de alguns autores as instituições deverão ter capacidade estratégica de identificar situações em que o profissional necessita de ajuda (Bernard e Goodyear, 1998), mesmo quando este não a solicita, ou porque desconhece que está em dificuldades, ou porque não tem a saúde necessária para o fazer, ou ainda porque tem receios de as demonstrar. Parece-nos evidente que a solicitação maior vem da parte dos profissionais que as sentem (Quadro 32), independentemente da instituição ter identificado ou não essas mesmas dificuldades.

Ao contrário dos estudos dos autores citados as enfermeiras entrevistadas não são desta opinião ao afirmarem (Anexo IX):

- “É difícil para a instituição perspectivar ajuda se ninguém se afirmar com necessidade de ajuda”;
- “Há algumas que podemos dizer que temos, outras, se calhar terão que ser outros a dizer”;
- “É difícil conseguir ajuda nesta situação”.

Pediu-se uma descrição (por escrito) sobre a forma como é feita essa ajuda. Dos anteriormente referidos 126 inquiridos que responderam “Sim” nas duas possíveis opções apenas 76 enfermeiros a descreveram.

As respostas foram sujeitas a um processo de categorização; as categorias identificadas podem ser observadas no Quadro 33. O conjunto das unidades de registo encontra-se expresso no Anexo V.

Quadro 33 – Tipo de ajuda prestada pela organização hospitalar

- | |
|---|
| <p>A. Formação</p> <p>B. Aconselhamento</p> <p>C. Apoio inadequado</p> <p>D. Gestão</p> |
|---|

Na categoria com o código **A** (com 28 unidades de registo), “*formação*”, área em que recaiu a “ajuda por parte da organização”, podemos citar os seguintes exemplos:

Q13 – “*Bibliografia relevante*”;

Q59 – “*Facultando acessos à formação, realização e participação em cursos formativos: informática, resíduos hospitalares...*”;

Parece-nos óbvio, pelo que foi referido sobre as necessidades de formação, que os inquiridos afirmassem que envolveu a disponibilização de formação específica em áreas seleccionadas pela instituição. A ajuda foi envolvendo o profissional em processos de formação direccionada. É de salientar que a maioria das unidades de registo, para esta dimensão, se encontram associadas a esta categoria. São os *enfermeiros e enfermeiros graduados* que mais referem esta situação.

Na categoria “*aconselhamento*”, onde se prevê orientação, apoio e ajuda para a resolução do problema, com o código **B** (com 13 unidades de registo), podemos avançar com os seguintes exemplos:

Q11 – “*Apoio psicológico*”;

Q101 – “*Através do diálogo e orientação*”.

Muitas das situações de ajuda prendem-se com problemáticas decorrentes da necessidade de apoio emocional e relacional. Apesar de não se colocar de lado a necessidade de investimento na área da formação, a necessidade de apoio e a própria

capacidade de relação parece serem mais relevantes. Voltamos aqui a chamar ao debate os aspectos de relação com o doente em fase terminal ou em fim de vida, salientado pelos inquiridos como situação de dificuldade no exercício.

As enfermeiras entrevistadas reafirmam esta opinião ao referirem (Anexo IX): *“As questões de a instituição ajudar na resolução dos problemas individuais deve ser feita de uma forma sistematizada que pode ser de ajuda ou ensinar a fazer, mas claro também o aconselhamento”*.

Na categoria identificada com o código **C**, *“apoio inadequado”*, ou seja um apoio que não possui uma evidência ou adequação empírica, tiveram relevância 11 unidades de registo, entre as quais podemos adiantar dois exemplos:

Q80 – *“Tentam mas não conseguem”*;

Q127 – *“Às vezes só”*.

Existe alguma evidência, por estas unidades de registo, que para alguns inquiridos o tipo ou forma de ajuda não terá sido o mais adequado. Conseguem aperceber-se e colocam essa evidência na qualidade do apoio disponibilizado:

Finalmente para a categoria *“gestão”* (código **D**). Esta categoria remete para um apoio de natureza formal, dependente de uma hierarquia, para a resolução de problemas:

Q87 – *“Normas de integração”*;

Q140 – *“Apenas nas áreas da gestão”*.

Ao identificarem no âmbito deste tipo de apoio aspectos mais formais, remetem para uma relação de natureza instrumental ou burocrática. Se por um lado se admite a existência de uma relação mais distante, por outro verifica-se que os actores esperam maior proximidade e informalidade.

Pretendendo analisar a relação entre as esferas pessoal e profissional, desejámos saber a opinião dos nossos inquiridos sobre estas matérias e a influência entre a primeira e a segunda. Esta dimensão foi estudada com recurso a uma escala, com valores entre 1 (Nunca) a 5 (Sempre). Os dados encontram-se disponíveis no Quadro 34.

Quadro 34 - Distribuição dos inquiridos sobre a influência dos problemas pessoais no seu exercício profissional

Os problemas pessoais afectam o exercício profissional	nº.	%
Nunca	29	13,9
Raras vezes	74	35,4
Por vezes	59	28,2
Muitas vezes	39	18,7
Sempre	8	3,8
Total	209	100,0

Verificou-se que 74 dos respondentes referem que “*raras vezes*” os seus problemas pessoais afectam o exercício profissional em contraste com 8 que referem que estes interferem sempre. Na mesma medida só 39 enfermeiros consideram que o exercício profissional fica afectado “*muitas vezes*”.

A generalidade dos estudos aponta para uma relação de contingência entre as esferas pessoal e profissional. Sendo uma indissociável da outra, os problemas numa delas não podem deixar de se reflectir na outra, embora nem sempre os envolvidos tenham consciência deste facto. O estado de saúde pode influenciar as áreas de funcionamento da personalidade e determinadas emoções tais como a irritabilidade, o aborrecimento, o nervosismo e as alterações de humor. Também parece evidente, na óptica de muitos autores de referência, que os factos e eventos de vida (por exemplo de natureza familiar) podem estar na origem de perturbações na área profissional.

Em relação à opinião sobre a mesma área mas desta vez focalizada nos pares, consideram os inquiridos que “*por vezes*” os problemas pessoais dos seus colegas afectam o exercício profissional dos mesmos (94 inquiridos ou seja, 45%, conforme se pode observar no Quadro 35; 6,7% (14 inquiridos) consideram que os problemas pessoais dos colegas afectam sempre o exercício por parte destes.

Quadro 35 – Distribuição dos inquiridos sobre a influência dos problemas pessoais dos seus colegas no exercício profissional desses

Os problemas pessoais dos colegas afectam o exercício profissional destes	nº.	%
Nunca	4	1,9
Raras vezes	28	13,4
Por vezes	94	45,0
Muitas vezes	69	33,0
Sempre	14	6,7
Total	209	100,0

No que se refere à possibilidade dos problemas do exercício profissional poderem afectar a vida pessoal (Quadro 36), na sua maioria (75) os inquiridos informam que “*muitas vezes*” esta fica afectada e são maioritariamente enfermeiros e enfermeiros graduados. Outros 70 referem que “*por vezes*”, a vida pessoal fica afectada, contra apenas 13 que expressam “*nunca*”.

Quadro 36 – Distribuição dos inquiridos sobre a influência dos problemas do exercício profissional na vida pessoal

Os problemas do exercício profissional afectam a vida pessoal	nº.	%
Nunca	13	6,2
Raras vezes	30	14,4
Por vezes	70	33,5
Muitas vezes	75	35,9
Sempre	21	10,0
Total	209	100,0

As enfermeiras entrevistadas dão contributos relevantes para a análise destas interrogações (Anexo IX):

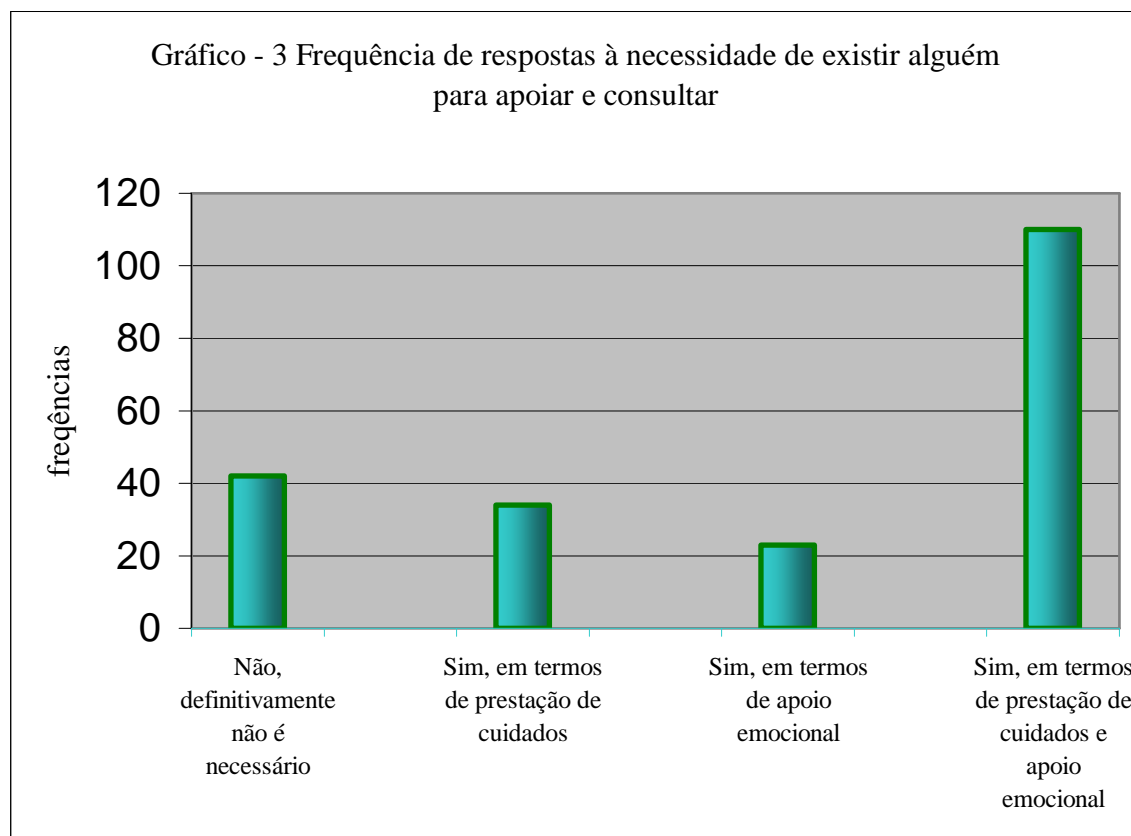
- *“Quer dizer os seus problemas pessoais não afectam a profissão mas aos colegas já afectam. Eu não acredito”;*
- *“Acho que as pessoas deviam ser mais humildes e admitir que os problemas pessoais, sejam para quem forem e, em qualquer profissão, afectam-nos e muito”;*
- *“Se eu estiver com problemas em casa, sejam quais forem, os cuidados que eu presto aos doentes vão também sofrer”;*
- *“Eu não me achava em condições. E tudo por causa de problemas familiares. Eles afectam sempre”.*

Considerámos também necessário saber quem, na opinião dos inquiridos, deveria ser a figura de apoio, de orientação e de consulta nos serviços, assim como o grau de formalidade de que se deveria revestir a sua designação.

Ao abordarmos os elementos da nossa amostra sobre se consideravam necessário a existência de alguém, institucionalmente ou formalmente identificado no hospital, para consultar, dar apoio e suporte às suas necessidades, as respostas dos enfermeiros ficam expressas no Gráfico 3 e Quadro 37.

Quadro 37 – Opinião sobre a necessidade de existência de uma figura de suporte, formalmente identificada, para consultar e dar apoio às suas necessidades

Necessidade da existência de alguém para apoiar e consultar	nº.	%
Não, definitivamente não é necessário	42	20,1
Sim, em termos de prestação de cuidados	34	16,3
Sim, em termos de apoio emocional	23	11,0
Sim, em termos de prestação de cuidados e apoio emocional	110	52,6
Total	209	100,0



Os resultados apontam para uma maioria de 52,6% (110 enfermeiros) que respondem “*sim, em termos de prestação de cuidados e apoio emocional*”, ao contrário de 20,1% (42 enfermeiros do total de 209), que referem “*não, definitivamente não é necessário*”. Estes últimos encontram-se maioritariamente na categoria de “enfermeiro graduado”.

As opções afirmativas ou de concordância incidiam no apoio na prestação de cuidados, apoio emocional e em ambos. Isto indo ao encontro do que nos disseram as enfermeiras entrevistadas (Anexo IX): “*Veja que o apoio emocional muitas vezes decorre de circunstâncias da própria prática*”.

Não podemos deixar de salientar aqui a relação que entre os problemas pessoais e os problemas decorrentes da vida profissional que sugeríamos poderem estar interligados. Dos 75 inquiridos que responderam que “*muitas vezes*” (Quadro 36) a vida pessoal ficaria afectada pelos problemas decorrentes do exercício profissional, 65 referem a necessidade de existir alguém com capacidade de ajuda na prestação de cuidados e no apoio emocional.

É para nós visível que a questão de haver alguém para a ajuda efectiva é um facto aceite pelos enfermeiros. Restava apenas saber sobre quem deveria recair esta

responsabilidade. Daí que, posteriormente, em consonância com esta dimensão, desejávamos saber para cada item de respostas afirmativas, quem consideravam ser o profissional a consultar, a dar apoio e suporte.

Dos 34 respondentes que afirmaram que “*sim, em termos de prestação de cuidados*”, a maioria referiu o enfermeiro especialista, com 22 respostas (8,8%). O enfermeiro graduado e o psicólogo não foram referidos pelo que foram omitidos no Quadro 38.

Quadro 38 – Opinião dos inquiridos sobre qual o profissional a dar suporte e apoio em termos da prestação de cuidados

Profissional a dar suporte e apoio na prestação de cuidados	nº.	%
Enfermeiro	3	8,8
Enfermeiro Especialista	22	64,8
Enfermeiro Chefe	6	17,6
Enfermeiro Supervisor do hospital	2	5,9
Médico	1	2,9
Total	34	100,0

No que respeita aos que responderam “*sim, em termos de apoio emocional*” no Quadro 39 (que foram 23 dos 209) a maioria (10 dos inquiridos com 43,5%), refere o psicólogo seguindo-se o enfermeiro especialista (9 inquiridos).

Quadro 39 – Opinião dos inquiridos sobre qual o profissional a dar suporte e apoio em termos emocionais

Profissional a dar suporte e apoio emocional	nº.	%
Enfermeiro Graduado	2	8,6
Enfermeiro Especialista	9	39,3
Enfermeiro Chefe	2	8,6
Psicólogo	10	43,5
Total	23	100,0

Quadro 40 - Opinião dos inquiridos sobre qual o profissional a dar suporte e apoio em termos emocionais e na prestação de cuidados

Profissional a dar suporte e apoio emocional e na prestação de cuidados	nº.	%
Enfermeiro	2	1,9
Enfermeiro Graduado	4	3,6
Enfermeiro Especialista	73	66,4
Enfermeiro Chefe	16	14,5
Enfermeiro Supervisor do hospital	3	2,7
Psicólogo	5	4,5
Outro	7	6,4
Total	110	100,0

Finalmente, para os 110 enfermeiros o enfermeiro especialista volta a ser o escolhido para 73 inquiridos (Quadro 40). Destes 73, a maioria está na categoria de “enfermeiro”.

As opiniões expressas pelas enfermeiras são também reveladoras, quando afirmam (Anexo IX):

- “*O facto do especialista estar nos cuidados é que o escolhem para dar apoio quer emocional quer nos cuidados.*”;
- “*O enfermeiro especialista ou enfermeiro de referência. Tem é de ter as qualificações necessárias*”;
- “*Para tal poderá ser essa pessoa que possa ajudar os outros*”.

A qualidade dos cuidados de saúde é indissociável da imagem da enfermagem e é, para toda a sociedade, uma peça fundamental nas organizações prestadoras de cuidados, integrada numa aposta contínua de controlo da qualidade dos cuidados e das organizações.

As questões da qualidade foram um aspecto que pretendemos focar como forma de equacionar o impacto das políticas nas próprias práticas profissionais dos enfermeiros. Daí pretendermos saber, na perspectiva dos inquiridos, se a qualidade das suas práticas ficava afectada pela falta de suporte, apoio e orientação no decurso da prestação de cuidados. Neste sentido, a dimensão foi respondida com recurso a uma escala, com valores entre 1 (nunca) a 5 (sempre). Os dados encontram-se disponíveis no Quadro 41.

Do total de 209 indivíduos, 7 responderam que as práticas “*nunca*” ficam afectadas, como se pode verificar pelos conteúdos do Quadro 41. Mas já 59 (com 28,2%), afirmaram que estas práticas ficam afectadas “*sempre*”. A maioria com 69 respostas (33,0%), refere que a qualidade fica “*muitas vezes*” afectada por falta de suporte e orientação durante a prestação de cuidados. A frequência acumulada também é expressiva se adicionarmos a categoria de “*muitas vezes*” com “*sempre*” obtendo um resultado de 61,2%.

Quadro 41 - Opinião dos inquiridos sobre a influência na qualidade das práticas pela falta de suporte e apoio na prestação de cuidados

A qualidade das práticas fica afectada pela falta de suporte e apoio na prestação de cuidados	nº.	%
Nunca	7	3,3
Raras vezes	19	9,1
Por vezes	55	26,3
Muitas vezes	69	33,0
Sempre	59	28,2
Total	209	100,0

As enfermeiras entrevistadas corroboram as respostas dos inquiridos quando referem a necessidade de existir alguém ou alguma outra forma de dar apoio e suporte às práticas (Anexo IX):

- *“A qualidade aumenta se pensarmos que existe essa possibilidade”;*
- *“É nas práticas que se vê e se mede a qualidade”;*
- *“Se não sentirmos a qualidade, não prestamos serviços de enfermagem de qualidade”;*
- *Se existisse um orientador, como o enfermeiro de referência e que para além da ajuda que desse aos colegas nas suas práticas, desse o seu saber numa harmonização dos cuidados, os doentes saíam a ganhar na qualidade”.*

Para além da qualidade depender, na opinião dos inquiridos e das entrevistadas, da existência de suporte e apoio, desejámos saber se a qualidade dos cuidados de enfermagem que os elementos da amostra prestam aos seus doentes, dependia dos factores assinalados no Quadro 42.

No sentido de melhor compreensão elaborámos o referido quadro com a distribuição de frequências para os graus de dependência de *“nada importante”*, *“pouco importante”*, *“importante”* e *“muito importante”*.

Uma maioria significativa de 98 respondentes refere como *“muito importante”* o facto de a qualidade depender da existência de alguém que possa consultar e dar apoio quando sentem dificuldades. Para 89 inquiridos também é *“muito importante”* a existência

de estratégias de suporte pessoal e profissional concorrentes com as suas necessidades e ainda 135 referem o facto de se sentirem satisfeitos a nível pessoal e profissional.

Quadro 42 - Opinião dos inquiridos sobre o grau de importância atribuído a factores identificados

Grau de importância	Nada Importante N.º.	Pouco Importante N.º.	Importante N.º.	Muito Importante N.º.
Factores dependentes				
Ter alguém que possa consultar e dar apoio nas minhas dificuldades	6	30	75	98
Estar satisfeito pessoal e profissionalmente	2	10	62	135
Existir, no hospital, estratégias de suporte pessoal e profissional, se necessário	8	30	82	89
Ter uma remuneração monetária compatível	26	36	83	64
Obter respostas em termos de apoio na formação	4	24	102	79
Frequentar cursos, congressos e jornadas	8	47	106	48
Existir material clínico em quantidade suficiente	17	46	91	55
Existir a figura do Enfermeiro Supervisor das Práticas Clínicas	6	17	65	121
Existir um adequado ratio enfermeiro/doente	22	70	49	68
Trabalhar em horário fixo	101	88	12	8

Parece-nos haver uma relação muito próxima entre estes três dados evidenciados pelos inquiridos. Ter alguém que possa ajudá-los aquando da existência de dificuldades (com recurso a estratégias que a própria instituição viabilize), pode fazê-los sentirem-se mais seguros, motivados e preparados para a mudança.

Para uma maioria dos inquiridos (121) é igualmente “*muito importante*” para a qualidade de cuidados, a existência da figura do enfermeiro supervisor das práticas clínicas de enfermagem como alguém que medeia as estratégias desenvolvidas pela instituição (por exemplo, disponibilizar informação escrita para consulta).

No entanto não podemos deixar de voltar a sublinhar que a existência desta figura é consignada de forma transversal ao longo da análise das várias dimensões. Refira-se, apesar de tudo, que não existe uma unanimidade quanto à figura deste elemento a designar para a supervisão das práticas. Por vezes aponta-se para o enfermeiro especialista,

geralmente o “enfermeiro de referência”, mas sem uma ideia bem clara e aceite sobre os critérios que devem presidir à sua indigitação.

As enfermeiras entrevistadas ao serem abordadas sobre este assunto referem (Anexo IX):

- “*Os especialistas têm muita formação mas depois não são capazes de transmitir essa informação aos outros*”;
- “*Deviam ter formação específica*”.

Para 101 dos enfermeiros inquiridos, o facto de trabalharem em horário fixo, considerado à luz da qualidade das práticas, é avaliado como “*nada importante*” para a designação como tutor. Coloca-se sempre a hipótese de serem profissionais mais disponíveis para poderem exercer a sua actividade em outro local já que a maioria destes são “*enfermeiros*” e “*enfermeiros graduados*”. Como anteriormente referimos, é este grupo que revela mais apetência para o exercício profissional fora do hospital

Para os intervenientes no estudo, mais importante do que ter uma remuneração monetária compatível, existir material clínico em quantidade, trabalhar em horário fixo ou existir um adequado ratio enfermeiro/doente, a qualidade vai depender de estarem satisfeitos a nível pessoal e profissional e da existência da figura do enfermeiro supervisor das práticas clínicas como alguém que possam consultar e dar apoio nas suas dificuldades.

No entanto, o grupo de enfermeiras entrevistadas contrapõe com os seguintes argumentos (Anexo IX):

- “*Se tivermos o serviço cheio e com a falta de pessoal, os cuidados ficam afectados*”;
- “*É muito difícil dar algo com qualidade quando temos de subdividir por mais pessoas*”.

Posteriormente foi pedido aos enfermeiros inquiridos que atribuísem um grau de importância ao factor de poderem dispor de supervisão das suas práticas: “*nada importante*”, “*pouco importante*”, “*importante*” e “*muito importante*”. Com este objectivo, os inquiridos responderam a um grupo de vinte afirmações que traduziam, de uma forma implícita, aspectos relacionados com o processo de supervisão clínica, pessoa habilitada

para a supervisão e questões éticas que se levantam aquando da definição de um modelo de supervisão.

Ao observarmos o Quadro 43 verifica-se que para o processo de supervisão das práticas clínicas de enfermagem os inquiridos revelam “*muita importância*” à sistematização do processo (104 inquiridos revelam esta opinião - 49,8%).

Outras questões, também consideradas “*muito importantes*”, eram que este orientador os fizesse reflectir sobre as suas práticas, num tempo de comum acordo, seguido ao período de integração e com fases de avaliação e introdução de medidas correctivas.

Não atribuem importância ao facto de tudo ficar assegurado de forma contractualizada, como nos dizem 103 dos inquiridos (49,3%). Neste sentido, afastam-se da opinião de Cottrell (2000). É para eles importante que essa orientação seja feita numa período de pelo menos de 3 meses, com um total de respostas de 85 (40,7%).

Quanto à duração dos períodos de supervisão, verifica-se que os autores não são unânimes nesta matéria, fazendo recair sobre a própria organização as escolhas nesta área. No entanto, pensamos que períodos entre os três e os seis meses serão os mais aconselhados pela nossa própria experiência e conhecimento.

Em termos de estratégias, a reflexão sobre as práticas é avaliada como “*muito importante*” para um total de 120 inquiridos (57,4); em contraste evidente estão 5 inquiridos que responderam que era “*nada importante*” o facto de se reflectir sobre as práticas.

No mesmo Quadro 43 verifica-se que 122 respondentes (58,4%), atribuem uma apreciação de “*muito importante*” ao facto da orientação/supervisão ser feita por um enfermeiro. Esta afirmação parece-nos indiscutível.

É para 84 deles “*importante*” serem os próprios a escolher o orientador/supervisor das suas práticas; para 65 respondentes (31,1%), é também “*importante*” a indicação do enfermeiro especialista da respectiva unidade para o orientar.

A indicação do enfermeiro chefe é “*nada importante*” para 70 inquiridos (33,5%), assim como “*nada importante*” o facto desta figura ser externa ao serviço ou ao hospital para 114 e 120 inquiridos respectivamente. Se pensarmos que a uma supervisão de gestão possa ser adicionada uma supervisão específica das práticas, podemos estar a complexificar a função de gestão e mesmo a torná-la pouco operacional.

Quadro 43 - Opinião dos inquiridos sobre o grau de importância atribuído às afirmações propostas

Graus de Importância atribuídos	Nada Importante		Pouco Importante		Importante		Muito Importante	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Afirmações								
Gostaria que a orientação fosse feita por um enfermeiro	5	2,4	3	1,4	79	37,8	122	58,4
A orientação deveria ser feita de forma não sistematizada	30	14,4	55	26,3	87	41,6	37	17,7
Gostaria de ser eu a escolher o orientador/supervisor	26	12,4	44	21,1	84	40,2	55	26,3
Teria vergonha de confessar as minhas necessidades	116	55,5	69	33,0	13	6,2	11	5,3
Não queria que ninguém soubesse das minhas necessidades	130	62,2	57	27,3	13	6,2	9	4,3
Gostaria que tudo fosse escrito como um “contrato”	103	49,3	55	26,3	42	20,1	9	4,3
Indicaria o enfermeiro especialista da minha unidade para me orientar	47	22,5	45	21,5	65	31,1	52	24,9
Indicaria o meu enfermeiro chefe para me orientar	70	33,5	53	25,4	56	26,8	30	14,4
Gostaria que fosse alguém externo ao serviço	114	54,5	42	20,1	34	16,3	19	9,1
Gostaria que fosse alguém externo ao hospital	120	57,4	39	18,7	21	10,0	29	13,9
Aceitaria ser supervisionado ou orientado nas minhas práticas	20	9,6	41	19,6	86	41,1	62	29,7
Gostaria de ser orientado pelo menos durante 3 meses	39	18,7	39	18,7	85	40,7	46	22,0
A orientação deveria ser feita mas de uma forma bem sistematizada	10	4,8	15	7,2	80	38,3	104	49,8
Gostaria de ser orientado a seguir ao período de integração	6	2,9	5	2,4	98	46,9	104	49,8
Gostaria que me fizessem reflectir sobre as minhas práticas	5	2,4	3	1,4	81	38,8	120	57,4
Gostaria que o limite de tempo de supervisão fosse de comum acordo	5	2,4	7	3,3	83	39,7	114	54,5
Aceitaria a orientação desde que não tivesse efeitos na avaliação	71	34,0	50	23,9	31	14,8	57	27,3
Aceitaria a orientação desde que tivesse efeitos na avaliação	69	33,0	41	19,6	29	13,9	70	33,5
Não queria que o responsável pela minha unidade tivesse conhecimento	104	49,8	46	22,0	25	12,0	34	16,3
Gostaria de ser orientado por fases com períodos de avaliação e correcção	27	12,9	24	11,5	53	25,4	105	50,2

As enfermeiras entrevistadas comungam desta ideia quando referem (Anexo IX):

- *“Que tudo deve ser feito, estou a falar do processo de supervisão, de uma forma bem sistematizada e levando-nos à reflexão”;*
- *“Esse tal período de supervisão tem de ser achado de comum acordo entre as partes”;*
- *“Deve ser feito com avaliações periódicas para ver se tudo está a correr bem de ambas as partes”.*

Se os papéis de gestão e de supervisão forem concentrados na mesma pessoa será difícil perceber como um supervisor pode conciliar a sua função disciplinadora sem afectar o relacionamento com o supervisionado. Aliás, é interessante realçar que são os próprios enfermeiros chefes, respondentes ao questionário, que colocam estas funções de supervisão nas mãos dos enfermeiros especialistas das suas unidades (Bernard e Goodyear, 1998; Cottrell e Smith, 2000).

O facto de uma maioria significativa ter revelado *“nada importante”* este ser externo ao serviço e externo ao hospital, respectivamente com 114 e 120 respostas e que é *“importante”* serem os próprios a escolher o seu supervisor, leva-nos a pensar pelo contrário, que aceitariam que fosse do próprio serviço e do seu hospital. Anteriormente identificaram como *“importante”* a indicação do enfermeiro especialista da sua unidade. Esta ideia vai de encontro a uma perspectiva já analisada em que os respondentes são da opinião que essa figura deveria conhecer o contexto e ser das práticas.

Tentando equacionar os aspectos éticos do processo de orientação e supervisão das práticas clínicas de enfermagem, através do Quadro 43, os enfermeiros não dão importância à identificação pública das suas necessidades (116 inquiridos), não tendo por isso quaisquer preconceitos em o fazer:

- *Não queria que ninguém soubesse das minhas necessidades* – nada importante para 130 dos enfermeiros inquiridos;
- *Não queria que o responsável pela minha unidade tivesse conhecimento* – nada importante para 104 dos enfermeiros inquiridos;

As enfermeiras entrevistadas, quando confrontadas com estes dados, também referem que deverá haver uma certa abertura e uma relação de confiança entre as partes quando dizem (Anexo IX):

- “*Deve-se manter algum sigilo, ou pelo menos alguns cuidados na forma como se estabelece a comunicação deste processo*”;
- “*Eles deviam exprimir as suas dificuldades*”;
- “*Haver uma relação de confiança muito grande*”;
- “*Ser um nosso colega a quem depositemos a nossa confiança*”.

Uma maioria significativa de 86 inquiridos consideram ser “*importante*” serem supervisionados e orientados nas suas práticas e 62 chegam mesmo a referir como “*muito importante*”.

A possível implicação que a orientação/supervisão fosse ter na avaliação do desempenho é para 71 dos inquiridos considerada “*nada importante*” não devendo ter efeitos na avaliação (70 consideram “*muito importante*” que tivesse efeitos nessa avaliação. No entanto verifica-se que em cada uma destas duas respostas a variação não é elevada, sendo os seus valores muito próximos em relação aos graus de importância atribuídos.

Reconhecendo que o desenvolvimento profissional é conseguido através da supervisão das práticas, que a progressão para as metas é monitorizada, e que este processo formativo não tem efeitos práticos sobre a avaliação do desempenho, os próprios inquiridos atribuem um significado diferente à avaliação e à supervisão.

No decorrer do “*Workshop*” surgiu um comentário relevante perante as questões de avaliação e supervisão: “*Na avaliação de desempenho há notação e na supervisão clínica não há. As ferramentas também são diferentes*”.

O processo de supervisão tem em si uma fase de avaliação mas não implica a atribuição de uma menção quantitativa; implica sim uma análise sobre o processo de crescimento pessoal e profissional. Esta é também a perspectiva dos nossos inquiridos quando atribuem 105 respostas de “*muito importante*” à afirmação de: “*Gostaria de ser orientado por fase, com períodos de avaliação e correcção*”.

3. DINÂMICAS DE SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS DE ENFERMAGEM

“A actividade investigativa e reflexiva, visa, como objectivo primeiro (com base numa teoria e num método) a produção de uma descrição não arbitrária de uma realidade, permitindo produzir compreensão e atribuição de sentido onde, antes, apenas existe desordem.”

Canário (1999:119)

Neste estudo optou-se por uma investigação fundamentalmente qualitativa, centrada na tentativa de compreensão do objecto de estudo e não na confirmação de teorias pré-existentes. Neste percurso, as estratégias definidas permitiram compreender o problema no seu meio natural, sem recurso a situações artificiais ou a generalizações.

É portanto compreensível a responsabilidade que estes métodos implicam para o investigador, que é, ele próprio, detentor de um percurso e de uma experiência pessoal. Cabe-lhe identificar de forma cuidada as metodologias, as técnicas e os procedimentos de pesquisa para que posteriormente, na análise e discussão da matéria, a flexibilidade dos argumentos seja considerada um alicerce do produto final da investigação. Em todo este processo, um dos desafios é a promoção da validação de significância que passa, por exemplo, pelo confronto entre representações e interpretações. Como referem Ludke e André (In Gauthier, *et al*, 1998:32), num contexto de discussão sobre os métodos qualitativos, é exigível que exista “... *um certo consenso, num determinado momento, sobre a veracidade daquilo que foi apreendido e relatado*”.

No desenvolvimento de um estudo de caso, o investigador tenta identificar as questões principais sentidas pelos vários participantes e avaliar o mérito, o valor ou o significado do fenómeno para os participantes. Na discussão dos resultados, utilizando a triangulação que julga necessária, apresentam-se resultados, conclusões, ideias gerais, opiniões ou mesmo sensibilidades pessoais. Essas são o resultado da criatividade que segundo muito críticos pode ferir a objectividade da pesquisa mas que segundo outros (que perfilhamos) são indicadores de uma proximidade face à realidade estudada e do espaço de liberdade que cabe ao investigador (Tukman, 1994).

A interpretação e a discussão dos dados é para Léssard-Hébert *et al* (1990), reencontrar um sentido após uma primeira interpretação que ocorre quando se concretiza um primeiro contacto com a realidade social em estudo. As funções que se lhe encontram associadas

são as de *encenação* e de *adivinhação*. A primeira é referida como uma interpretação de transposição analógica e dinâmica e a segunda refere-se a uma revelação do que está ainda *oculto* (periférico) sobre duas tomadas de decisão: ser possível duas leituras sobre o mesmo e que o *oculto* seja passível de uma formalização, através de uma articulação entre os dois níveis de análise. Estes autores referem ainda a necessidade de “*Respeitar o paralelismo intersubjectivo, que impõe que o investigador ajuste a interpretação dos resultados a tudo aquilo que os dados, enquanto produção de indivíduos que responderam ao investigador, permitem e implicam.*” (ibidem:124).

Os modos de produção de conhecimento na área da enfermagem, para além de serem “leituras” sobre realidades empíricas, implicam ainda o acesso a um conhecimento estético, pela arte que está vinculada a estes saberes. Por outro lado, dada a dimensão fenomenológica que está associada aos actores dos cuidados, como seres únicos sujeitos a múltiplos factores, existe um conhecimento pessoal que sugere uma flexibilidade permanente com o objecto de estudo. Como diz Carpenter e Streubert (1999:6), reportando-se à complexidade do papel do investigador, “*Na condução de uma pesquisa qualitativa, os investigadores são obrigados, pelas bases filosóficas das metodologias que usam a aceitar o “self” como parte da tarefa de investigação (...). É essencial a consciência das crenças e compreensões pessoais para descobrir plenamente o fenómeno estudado numa investigação qualitativa.*”

Ao estudar um objecto e um discurso de que ainda pouco se fala na nossa realidade, mas a propósito do qual já emergem algumas preocupações, interessa contribuir para a constituição de uma *teoria sobre este objecto* e debater o impacto de possíveis contributos de inovações e decisões nesta matéria.

Os diversos estudos nesta área defendem que a implementação e o desenvolvimento de um sistema de supervisão das práticas clínicas de enfermagem pressupõem uma primeira etapa verdadeiramente importante, que constitui a nossa preocupação neste estudo. Esta consiste em entender o contexto e as situações de exercício profissional da enfermagem precisamente enquanto disciplina e profissão, com um património científico e praxeológico muito próprio (Cutcliffe, et al, 2001).

3.1. Percursos de formação e socialização dos enfermeiros

Para Canário (2000) a formação profissional inicia-se desde a formação académica e percorre toda a vida por haver uma necessidade permanente de aprendizagens. Este autor revela ainda que um dos aspectos da formação em situações de trabalho tem duas características fundamentais: ser sistémica e dinâmica. Esta ideia também é traduzida na Carta Magna – educação e formação ao longo da vida (Portugal, 1998) em que se indica que os jovens devem ter uma orientação vocacional apoiada, os formadores estarem despertos para as mudanças do ensino e da formação ajustadas ao mundo do trabalho, o estabelecimento de parcerias entre a escola e a sociedade empregadora, o alargamento da formação a todos os períodos de vida e a institucionalização de sistemas de certificação de competências.

Costa (1998) considera que os percursos de formação dos enfermeiros são muitas vezes resultados de projectos pessoais, com relevância para os achados vivenciados quando produzem cuidados também numa perspectiva de permanência que percorre toda a vida.

Por acções de formação centradas no exercício do trabalho (emergentes da dinâmica de trabalho) entendemos a “...*chamada formação/cooperação, quando é governada por princípios de auto-organização, consiste em encetar um trabalho de aprendizagem a partir de uma acção motivante e mobilizadora para o grupo.*” (Garcia-Locqueneux e Marc, 1995:38).

Costa (1998) afirma que a formação em contexto organizacional pode ser a auto-formação, enquanto iniciativa do profissional que sente essa necessidade, como também aquela em que este se implica – a formação que a própria instituição considera a necessária para o desenvolvimento dos seus profissionais.

Tanto Costa (1998) como Canário (2000) consideram que este tipo de formação se encontra intimamente relacionado com o trabalho que desenvolvem ou seja surge da prática e com visibilidade nesta. Resulta de experiências do grupo e tem impacto a nível do contexto de trabalho para o grupo usufruir das reflexões decorrentes. Por outro lado eles dizem-nos que os promotores das dinâmicas de formação, vistos numa perspectiva de não segmentação face ao trabalho, conquistam uma disposição mais consistente para os processos de mudança.

Também Correia (1999) refere que a experiencialidade profissional deve ser revalorizada. No entanto, não significa que se limite ao simples registo e trocas de experiências. Para que estas não levem a transformar os profissionais em meros objectos, elas “...devem ser interpelantes das experiências e das vivências subjectivas do trabalho, isto é, devem contribuir para que os profissionais experientes se tornem autores da sua própria experiência” (ibidem:9).

Nesta linha de ideias podemos considerar que os temas e trabalhos que os enfermeiros desenvolvem e apresentam ou participam activamente são o resultado de uma reflexão sobre as suas práticas e decorrentes necessidades dessas mesmas práticas com toda a problemática que lhe está subjacente. Estas podem ser equacionadas em termos da unidade onde exercem e prestam cuidados ou, em termos mais gerais, para a totalidade do grupo de enfermeiros da instituição (reconhecimento das evidências das *boas práticas*).

Tanto numa situação como outra são fruto de um projecto de formação formulado com consistência, resultante dos problemas de formação sucessivamente identificados pelo grupo, com o suporte da estrutura de formação em serviço (a qual deve, legalmente, certificar a acção de formação). Esta certificação faz-se em cumprimento do disposto no Decreto Regulamentar n.º. 35/2002 de 23 de Abril.

Independentemente dos aspectos legais em que se atribuem aos enfermeiros um determinado número de horas para a sua formação, estes podem despende as que necessitarem desde que não ponham em causa o cumprimento do horário que praticam. Esta perspectiva de autoformação é fundamental para os processos de transformação pessoal e profissional, sendo para isso relevantes a motivação e o reconhecimento por parte da instituição. Grande parte dos contributos da organização nesta matéria podem emergir de momentos informais ou não formais: momentos de passagem de turno, reuniões de serviço (ou outras), reflexões sobre as práticas ou participação em grupos diversos de trabalho. O investimento dos líderes ou do próprio colectivo “é fundamental”, pois é necessário existir alguém que assuma o papel dinamizador.

Os processos de formação estão articulados com os desenvolvimentos profissionais. Pode-se encarar o enfermeiro como o elemento fundamental para os processos de autoformação dos pares, uma vez que motiva, re-dimensiona a formação colectiva e promove a mudança. Trata-se objectivamente do que Canário designa de “*competência colectiva*” (1998).

Reportemo-nos novamente aos dados obtidos no decurso da pesquisa. Os enfermeiros afirmaram maioritariamente que dispuseram de 1 a 7 de horas para a frequência de acções de formação. No entanto, apesar de sentirmos serem poucas as horas disponibilizadas para a formação, parece-nos mais preocupante que 39 dos 209 inquiridos tenham afirmado que não utilizaram qualquer hora do ano de 2001 para acções de formação. Uma das possíveis explicações pode estar no comentário das entrevistadas (Anexo IX):

- *“Existe já cansaço em frequentar a acções de formação, jornadas ou outros”,*
- *“Cada vez mais vemos os anfiteatros às moscas e às vezes com temas de muito interesse. Mas acho que ninguém deve ser obrigado a ir, mas devem-se consciencializar da necessidade de formação própria...”*

Por outro lado, poderá haver algum receio em enfrentar diversas situações identificadas por Garcia-Locqueneux e Marc (1995:32): *“...recusa de estar em situação escolar, medo do insucesso, submissão ao professor, auto-imagem depreciada...são outras tantas dificuldades a afastar, antes de empreender um trabalho educativo, seja ele qual for.”*

Apesar de referirem que na sua maioria, as acções de formação são o resultado das expressões das suas necessidades, pensamos que está longe daquilo que Canário (2000) denomina de ‘reconhecimento de adquiridos’. Como escreve: *“O reconhecimento dos adquiridos experienciais surge, assim, como uma prática recente que permite encarar o adulto como o principal recurso da sua formação e evitar o erro de pretender ensinar às pessoas coisas que elas já sabem”* (ibidem:112). Mais à frente neste discurso, o mesmo autor refere que a socialização é também um processo de construção da realidade social que deseja romper com a ideia dominante de constrangimentos externos exercidos sobre cada individuo em formação. O sentido a dar às práticas tem de vir do próprio individuo e que para tal necessita de ajuda e colaboração para alcançar este objectivo.

Se pensarmos nos resultados do estudo verifica-se que a leitura de revistas técnicas da área da enfermagem é substancialmente pouca já que apenas alguns lêem com frequência. A estes dados acrescentamos os comentários das enfermeiras na entrevista quando confrontadas com alguns destes resultados (Anexo IX): *“Acho que de facto*

estamos a ler pouco e se nos queremos impor como profissionais de qualidade que procuram muitas vezes a sua formação autodidacta, acho que é pouco”.

DuFour e Eaker (1998) convergem com esta opinião, apontando a possibilidade, no campo profissional dos professores, de coleccionar determinada informação e publicitá-la no interior de grupo, favorecendo o aparecimento de *learning communities* (comunidades aprendentes). Os mesmos autores referem que são por vezes os detentores de áreas especializadas no ensino, os que mais lêem e discutem artigos científicos. São aqueles que pela especialização das suas actividades têm mais tempo disponível (DuFour e Eaker, 1998). Os nossos resultados vão um pouco ao encontro destas afirmações já que os que respondem que lêem com muita frequência estão nos grupos de enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes.

Se tivermos em atenção o estipulado pelo Decreto-Lei nº. 353/99 de 3 de Setembro, podemos colocar a hipótese de que parte significativa dos 104 enfermeiros bacharéis em enfermagem possam estar a frequentar os Cursos de Complemento de Formação em Enfermagem ou que o pretendam fazer até 31 de Dezembro de 2005, conforme regulamento aprovado pela Portaria nº. 799-E/99 de 23 de Abril. Apesar desta formação ser em ambiente académico, pode motivar o profissional a investir mais na sua própria formação e a dinamizar os pares em torno de projectos de mudança. Pelas entrevistadas não se vislumbra que este curso de complemento de formação possa trazer outras vantagens do que apenas o grau de licenciatura. É disso evidente quando afirmam (Anexo IX): *“Mas também há outra questão que são os complementos. As pessoas, os colegas não vêem benefícios nenhuns em fazer o complemento, a não ser o facto de se irem actualizar e melhorar a sua actividade junto do doente. Não ajuda a subir na carreira. Nem o título de licenciado...”*.

O prosseguimento de estudos está dependente da obtenção, por parte dos enfermeiros bacharéis, do grau de licenciado. A prova de que os enfermeiros estão motivados, é que existe hoje uma elevada procura por parte dos enfermeiros de cursos de pós-graduação, como processo de apoio e qualificação profissional.

O cuidar como paradigma encontra-se alicerçado em torno do desenvolvimento de competências de assistência, centradas nas diversas dimensões presentes na realidade humana. Para além da necessidade de formação específica, exige ainda o desenvolvimento das capacidades de ligação com o outro (Boykin e Schoenhofer, 2001). Essa ligação com o

outro, que poderemos traduzir no relacionamento pessoal e interpessoal, fica um pouco aquém das nossas expectativas quando percebido enquanto área de investimento nos processos de formação.

Esses momentos de formação foram essencialmente relacionados com aspectos técnicos e práticos: temas relacionados com “intervenções de enfermagem”, “manuseamento e técnicas de equipamentos e materiais” e ainda “higiene, segurança e controle de infecção hospitalar” (*vide* Quadro 16). Terão respondido posteriormente que necessitavam de formação na área da dimensão pessoal e interpessoal. É possível identificar uma determinada discrepância entre as formações realizadas e as que objectivamente são as necessárias na perspectiva dos inquiridos.

Como Hesbeen (2001) refere, o cuidar não envolve só competências técnicas mas também a relação interpessoal e todas as suas dimensões. Por tal pensamos que deveria haver uma reformulação dos programas de formação realizados nos serviços, valorizando-se também a dimensão relacional, em especial a que se refere ao relacionamento com a morte e doente em fase terminal ou em fim de vida, aspectos estes que foram invocados pelos inquiridos como de dificuldades no desenvolvimento da sua prática. As situações de trabalho são dinamizadoras de um conjunto de actividades de suporte do acto de aprender e desenvolver-se numa determinada profissão (Canário, 2000^a).

Garcia-Locqueneux e Marc (1995) afirmam que é o próprio trabalhador que se tem de implicar na sua formação permanente. No entanto as orientações para a formação podem ser dadas por outros que desenvolveram um diagnóstico das necessidades formativas dos trabalhadores. A implicação do formando para a autoformação é uma necessidade bem visível: *“A autoformação é o período durante o qual se efectua o trabalho na memória e o lugar onde se avalia a motivação do sujeito...quanto mais longa for a formação, e portanto mais curtas as sessões, mais importante deverá ser o tempo da autoformação”* (Garcia-Locqueneux e Marc 1995:232).

Também Sá-Chaves (2000) faz referência ao princípio de auto-implicação do formando que pode ser adoptado para os profissionais que estejam a participar em acções de formação. A rápida desactualização do saber, provocada pelo desenvolvimento de novos conhecimentos, obriga em grande medida a que qualquer profissional acompanhe a evolução e mobilidade dos novos saberes, promovendo a sua actualização, exigindo-se para tal uma verdadeira capacidade de auto-formação e de desenvolvimento.

As enfermeiras entrevistadas (Anexo IX) referem também:

- “...cada um deve investir na sua formação pessoal e não estar à espera que outros o façam por nós”;
- “ Tem de haver mais investimento nessa formação autodidacta que se calhar a figura do enfermeiro supervisor pode ajudar”.

O desenvolvimento profissional é formativo e passa por incentivos que segundo Abreu (2001), podem melhorar os desempenhos profissionais. Alguns desses incentivos podem estar relacionados com a participação em grupos de trabalho. A maioria dos enfermeiros da nossa amostra diz não pertencerem a grupos de trabalho, comissões ou outros. Apenas alguns, na sua maioria enfermeiros especialistas, pertencem a grupos como a exemplo a Comissão de Higiene e Controlo da Infecção Hospitalar.

O pertencer a grupos de trabalho não é só atribuí responsabilidade ao indivíduo como também valoriza as suas intervenções em contexto de grupo e perante este.

Não se perfila, neste sentido, uma diferença entre os processos de socialização e de identitização com a formação. Canário (1999) refere que o conceito de formação, como sendo parte integrante do todo que é a socialização, ficaria confinado aos registos formais de práticas de socialização deliberadas, expressas de forma consciente e finalizadas dentro de objectivos programados como sendo o tomar voz activa em grupos de trabalho.

Uma das hipóteses de responsabilizar e de valorizar as suas intervenções seria, se houvesse condições para tal, a solicitude para apoio no estágio clínico de alunos nos vários serviços e participação em grupos de trabalho até na própria unidade.

Pela Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei nº. 437/91 de 8 de Novembro) os enfermeiros podem ser chamados a colaborar na orientação e supervisão de estágio clínico. Houve um grupo destes, dos quais se destacam os especialistas, que já participaram alguma vez na orientação de alunos em estágio clínico, em vários estadios dos cursos.

Asseiro (2001) refere-nos que a orientação do ensino clínico, numa perspectiva de um novo modelo de formação em enfermagem, deve ser direccionada numa dimensão de parcerias cinérgicas entre escola e hospital, em que ambos se responsabilizam pela formação de novos profissionais enfermeiros. Esta ideia já deve ser partilhada pelos enfermeiros das práticas, visto que responderam que deveria ser sempre o enfermeiro do

hospital como cooperante com a escola a orientar os estágios clínicos. Esta também é a opinião de Bond e Holland (1998) quando introduzem a figura de mentor como um enfermeiro das práticas associado à escola.

Abreu (2003), ao abordar o modelo de tutoria para os ensinos clínicos, num contexto de certificação de qualidade, defende a figura de tutor como um elemento de ligação fundamental entre a escola e o campo das práticas. Uma das ideias deste autor é que as escolas, com a adopção desta filosofia, ficam também parceiras responsáveis dos processos de acreditação de qualidade das instituições de saúde. Podemos assim aceitar que o ensino clínico é uma dimensão estruturante da qualidade dos cuidados de saúde.

Os responsáveis pelo desenvolvimento dos processos de supervisão ou acompanhamento do ensino clínico são para os inquiridos os enfermeiros especialistas. Para Garcia-Locqueneux e Marc (1995), todos os trabalhadores são responsáveis pela formação de futuros profissionais num grupo de formação. No entanto aceitam que terá de haver alguém mais diferenciado que assuma a orientação geral sem no entanto justificar essa diferenciação.

O artigo 3º. da Portaria nº. 799-D/99 (Legislação que regulamenta a licenciatura em enfermagem), refere a dada altura que: “*O ensino clínico é assegurado (...), com a colaboração de pessoal qualificado*”. Isto vai de encontro às opiniões dos inquiridos e enfermeiras entrevistadas que também referem a necessidade de este supervisor se encontrar qualificado para o desempenho de funções de acompanhamento.

Asseiro (2001) afirma que nos contextos de saúde todos os intervenientes no processo de cuidados devem participar activamente na formação dos alunos, ainda que o professor seja o responsável “de primeira linha” e o aluno o agente da sua própria formação. No entanto, todos esses intervenientes na formação do aluno devem ser sujeitos a um processo de “mediação”, estabelecida por um enfermeiro com conhecimentos e competências na área da supervisão clínica. O Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro (carreira de enfermagem) explicita inclusivamente esta situação no quadro funcional atribuído à categoria de enfermeiro especialista.

Valsecchi (1999), fazendo alusão a uma experiência sobre um curso de licenciatura em enfermagem na Universidade de São Paulo, no Brasil, caracteriza a situação de estágio como espaço de aproximação à vida profissional, transformação do aluno, construtor do conhecimento a partir da reflexão e da indagação, com a ajuda de um professor

especializado nas práticas. A autora conclui, após a análise das diversas dimensões do estudo, que o estágio supervisionado era valorizado pelos alunos, uma vez que na maioria dos aspectos sobressaem as apreciações positivas. Na atitude do professor, orientador do estágio, os alunos enfatizam o facto de este ser o modelo ideal de referência, capaz de motivar, incentivar o diálogo ou corrigir um erro em tempo útil, se for caso disso.

Na continuidade destas reflexões, e em referência ao sistema designado de “*mentorship*”, Wren et al (2001) descrevem experiências que permitem avaliar como positivas as orientações disponibilizadas por um “mentor” especializado na área. Para estes alunos, as aprendizagens realizadas (com base na reflexão) foram gratificantes, o que se reflectiu na avaliação final.

Os processos de socialização de novos profissionais trazem responsabilidades acrescidas a quem já exerce a sua profissão, dado o papel que devem desempenhar neste processo. As entrevistadas relataram que (Anexo IX):

- “...no início da nossa vida profissional tudo é muito complicado.”;
- “Quando mudamos de serviço, e eu senti isso, é que nos sentimos mais complexadas.”;
- “...não estava preparada para trabalhar com crianças”;
- “...há sempre dificuldades”.

Este sentimento relatado pelas entrevistadas é extensivo aos inquiridos, já que estes responderam (na sua maioria com a categoria de enfermeiro e de enfermeiro graduado), que não lhes foi proporcionado qualquer tempo de integração. Por outro lado as entrevistadas também referem a propósito do processo de integração (Anexo IX): “*O processo de integração é muito rígido*”. Até que ponto a actual metodologia de integração de novos profissionais e alunos é eficaz? Os inquiridos referem que os processos de integração, para além de curtos, são excessivamente directivos, o que coloca em causa eficácia face à diversidade que caracteriza os elementos em integração.

Acerca destas interrogações, vale a pena chamar ao debate a opinião de Canário (1999) que refere que a estrutura organizacional não se pode dissociar das intervenções formais e informais no processo de socialização. Acrescenta ainda que se deve ter sempre

em consideração a experiência dos actores e sua articulação com os saberes instituídos, dando valor não só à integração do profissional como também à formação continua.

Como nos diz Canário (1998:4) “*Aprender a ser enfermeiro constitui um processo permanente que atravessa toda a trajetória profissional e implica a articulação simultânea de um conhecimento de si, de um conhecimento dos outros e de um conhecimento do mundo*”.

A utilização do processo de supervisão clínica na integração de novos profissionais é desenvolvida por Hyrkäs e Paunonem (2001). Para estas autoras, o modelo de supervisão adoptado para períodos de treino e de integração fez com que os novos profissionais perspectivassem o seu exercício profissional com mais segurança. O apoio permanente em processos de integração (que pode oscilar entre 6 meses a 2 anos), depende da tipologia da unidade de cuidados (logo, da natureza das situações clínicas).

Este modelo é denominado de SUED – *succeed, supervision and education* (*ibidem*:292). A sua principal característica reside no facto de se iniciar o processo de supervisão e de orientação logo que o novo profissional começa a exercer a sua profissão numa unidade de cuidados, ou seja, um sistema de acompanhamento no processo de integração profissional. Os nossos inquiridos também são desta opinião, atribuindo o grau de “muito importante” à perspectiva de serem supervisionados logo a seguir ao seu período de integração.

Uma das formas de entender esta característica de supervisão e apoio nos processos de integração é o que Canário (1999) apresenta como os modos de trabalho pedagógico. Num processo de integração à vida profissional existe um “*modo de trabalho pedagógico de tipo transmissivo, de orientação normativa*”(p. 125), em que se pretende que o novo profissional conheça as regras, os saberes e os modos de pensar e de agir. Também existe um “*modo de trabalho pedagógico de tipo incitativo, de orientação pessoal*”, onde se apela à auto implicação e às questões da criatividade individual. Finalmente, o mesmo autor refere o “*modo de trabalho pedagógico de tipo apropriativo, centrado na inserção social do individuo*”, em que se estabelece uma mediação entre o individuo e a sociedade que o aceita como agente social.

Morton-Cooper e Palmer (2000) defendem que o tipo de apoio disponibilizado à formação e integração de novos profissionais deve ser entendida na perspectiva das investigações baseadas na evidência. Para estes autores, tudo vai depender da relação com

a figura do *mentor* e do *preceptor*, para nós *supervisor* já que denominámos anteriormente para não colidir com questões terminológicas.

3.2. Problemáticas do desenvolvimento profissional

Um dos desafios das sociedades actuais consiste em compreender o desenvolvimento da pessoa nos seus mais variados contextos. A problemática decorrente das várias interacções profissionais leva-nos a afirmar que qualquer que seja a profissão, esta deve ter em consideração um conjunto de factores que contribuem para o seu crescimento e o dos profissionais.

A complexidade das práticas dos enfermeiros que foram relatadas e sentidas pelos inquiridos, sugere aos investigadores a necessidade de se debruçarem sobre as mesmas e perspectivar estratégias de ajuda efectiva.

Algumas dificuldades existentes nos contextos de trabalho dos enfermeiros passam pela introdução de novas formas de pensar e organizar as metodologias de trabalho. Fazem um apelo a novos saberes como o trabalhar em equipa, pensar a organização como um espaço total e integrado e agilização dos fenómenos de intervenção, a partir de respostas efectivas para a tomada de decisão (Canário, 1999).

A este propósito, referiam as enfermeiras entrevistadas (Anexo IX):

- “...saber se de facto satisfazíamos as necessidades dos nossos doentes”
- “Às vezes pensamos que o doente entendeu aquilo que dissemos mas vamos a ver e ele não percebeu”
- “Era muito difícil ver um doente morrer”
- “...abordar a família sobre qualquer assunto”
- “Ficamos muitas vezes em choque perante o que acontece às crianças”
- “É sempre complicado falar na morte”
- “...enfermeiras que não aguentam e explodem em choro mas caladas”
- “Não somos capazes de assumir perante os outros que temos dificuldades inerentes aos sentimentos”

- *“Ninguém quer estar perto de um doente que vai morrer”*
- *“...a pessoa já não se lembra. Já é difícil e constrangedor e por isso sentem-se com dificuldades”*
- *“Sentem-se inseguros perante os alunos por não saberem determinadas matérias”*
- *“...o enfermeiro tem medo de perder esse ser modelo. E perder porque não sabe. E por isso se sente com dificuldades”*
- *“Eu acho que também a vida de cada um afecta a qualidade”*
- *“Logo a qualidade pode ficar afectada se não houver cuidados homogéneos”*
- *“Acho que as pessoas deviam ser mais humildes e admitir que os problemas pessoais, sejam para quem forem e em qualquer profissão, afectam-nos e muito”*
- *“Se eu estiver com problemas em casa, sejam quais forem, os cuidados que eu presto aos doentes vão também sofrer”*
- *“...e eu não me achava em condições. E tudo por causa de problemas familiares. Eles afectam sempre”.*

As dificuldades a que se referem as enfermeiras foram igualmente indicadas pelos inquiridos. Preocupou-nos um significativo número de dificuldades apresentadas pelos enfermeiros (*vide* Quadro 20). Desses itens, salientamos as dificuldades em lidar com situações de doentes em fim de vida e muitos afirmam que sentem ainda necessidade de formação e apoio nesta área (*vide* Quadro 21).

Hennezel (2000) refere-nos que existe muita dificuldade, por parte de profissionais de saúde, em encarar a morte de um doente, facto que considera estar relacionado com questões socioculturais que se transferem para a vida do profissional. Diz-nos ainda que a morte do “outro”, doente em fim de vida, é e deverá ser percebida em termos individuais.

Também o conjunto de competências de quem cuida de pessoas em fim de vida deve ser resultado de uma formação interdisciplinar, iniciada durante a formação inicial e continuada ao longo da experiência profissional. Para Hennezel (2000) deve existir um forte empenho na formação inicial dos profissionais de saúde nesta área, preparando-os para a prevenção de situações de depressão reactiva. Também refere que as dificuldades em lidar com a morte são fruto de por vezes se pensar que o profissional de saúde é um

“salvador”; o sentimento de impotência perante os fracassos conduz a situações de frustração, diminuição da auto-estima e mesmo desespero.

Nolam e Smit (2001) explanam processos de acompanhamento e de supervisão para enfermeiros que exercem as suas actividades em unidades de gerontologia e de cuidados paliativos. Estes autores referem que os cuidados de enfermagem têm índices elevados de qualidade visto que o apoio dado a esses enfermeiros lhes diminui o *stress* e o desgaste emocional, que são muito característicos destas unidades.

Hyrkäs e Paunonem (2001), em estudos levados a cabo na Finlândia, referem que as medidas prévias de aconselhamento e treino em supervisão melhoram a imagem que o enfermeiro tem de si, incrementam a qualidade de cuidados e desenvolvem o conhecimento profissional nas áreas de cuidados a doentes terminais ou em fim de vida, independentemente do foro ou patologia.

É para nós compreensível a existência de um conjunto evidente de dificuldades relacionadas com aspectos técnicos, no sentido de que a técnica se encontra num permanente desenvolvimento. Daí a justificação, por parte dos inquiridos, em referirem necessidades de formação relacionadas com as dimensões técnicas: “Aspectos técnicos e teóricos das intervenções de enfermagem”: Q31 - “*Manobras invasivas*” ; Q82 - “*SIDA e gravidez*”; Q195 - “*Manipulação de cateteres centrais*”.

A área de gestão, nomeadamente a complexidade das actuais vivências em redor das transformações que o H.P.H. sofreu no último ano (decorrentes da transformação em sociedade anónima (S.A.)), pode estar associada a algum receio e insegurança no trabalho, muitas vezes fruto de declarações e notícias veiculadas na comunicação social. Daí os inquiridos referirem também necessidade de serem informados sobre aspectos relacionados com os enquadramentos legais e de gestão: “Gestão e Organização”: Q52 - “*C.I.P.E.*”; Q64 - “*Legislação referente ao actual estado do H.P.H., S.A.*”; Q105 - “*Informática*”. A este propósito, Nunes e Rego (2002) admitem que numa fase inicial é necessário motivar os grupos de profissionais para que compreendam as novas filosofias de trabalho e de gestão; por parte de quem tem responsabilidades de administração, é também necessário implementar estratégias flexíveis que tenham em conta a dignidade humana.

Em relação à C.I.P.E. (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (2001), esta está inserida num capítulo mais vasto naquilo que Hesbeen (2000) denomina

Sistemas de Informação em Enfermagem, realidades decorrentes dos processos de reflexão sobre as práticas, que no entanto carece de algum enquadramento conceptual mais apurado.

Asseiro (2001:s.p.), relacionando a formação com a qualidade das práticas em contexto de trabalho, diz-nos que é urgente “*dar visibilidade às boas práticas*”. Dentro da nossa linha de pensamento e estando o hospital a encetar uma implementação da CIPE, com o apoio de suporte informático, as dificuldades expressas poderão estar associadas ao que um dos inquiridos refere como necessidade de formação: (Q105) – “*Informática*”, uma das bases fundamentais para os sistemas de informação.

É relevante ainda nesta pesquisa a existência de uma consciencialização face à necessidade de formação permanente (na perspectiva de Garcia-Locqueneux e Marc (1995)) por parte dos enfermeiros. Um dos inquiridos referia, a propósito desta disposição para a formação: Q44 – “*Preciso sempre de formação, seja ela qual for*”. É para nós fundamental que os enfermeiros detenham motivação, embora esta deva ser considerada *um meio* e nunca *um fim em si*. No entanto esta e outras afirmações parecem paradoxais face ao que os inquiridos referiam sobre a fraca disponibilidade para leitura de revistas científicas e frequência de acções de formação.

Outra problemática a reflectir é a que emerge da análise aos Quadros 20 e 21. Os enfermeiros referem que já se sentiram com dificuldades por terem tido alunos ou outros a observá-los. A investigação sobre esta matéria é escassa e poderíamos formular uma série de hipóteses explicativas. Estaremos perante problemas de formação? Existirão barreiras decorrentes do tipo de personalidade? Os dados de que dispomos para abordar este problema são escassos. No entanto, estes foram motivo de reflexão por parte do grupo de enfermeiras entrevistadas:

- “*...o facto de estar a pensar se está a fazer bem para que o aluno veja*”
- “*...que dar explicações ou estar a fazer determinado cuidado à frente de pessoas, alunos neste caso, que têm uma certa bagagem teórica, que a pessoa não se lembra já é difícil e constrangedor e por isso sentem-se com dificuldades*”
- “*Temos no serviço alguns colegas que chegam mesmo a recusar dar apoio, ou respostas, aos alunos e nós sabemos que é por falta de segurança. Sentem-se inseguros perante os alunos*”

- *“Acho que também é por um pouco de receio de uma confrontação entre o profissional e o aluno”*
- *“...pode estar associado ao facto desse profissional não ter sido escolhido para orientar ensino clínico e, como forma de vingança, sei lá, ou não ajuda o aluno ou se sente complexado”.*

Harvey e Willianson (2001), num estudo sobre a implementação de supervisão clínica numa unidade de cuidados intensivos, falam de enfermeiros que se sentem apreensivos por serem observados a desenvolver os cuidados a doentes. O estudo mostrou que estes receios se deviam essencialmente ao facto dos enfermeiros se encontrarem sobre avaliação.

3.3. Processos de supervisão das práticas clínicas de enfermagem

“Supervision is much more complex than I at first imagined”

Carrol (1996, in Ooijen, 2000:5)

Há um vasto conjunto de estudos que referem que as mudanças sociais e económicas podem levar a crises de motivação profissional. Numa análise de linhas de investigação relacionadas com a específica profissão de professores, Jesus (s.d.) revela que existem implicações crescentes entre os contextos e a saúde dos docentes para o desenvolvimento do seu desempenho. Sá-Chaves (2000) refere que existe uma proximidade muito acentuada entre as realidades de socialização profissional dos professores e as dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. Chega mesmo a afirmar que: *“...questionando-nos sobre quais as diferenças....E em termos de estrutura, a resposta parece-nos simples: nenhuma.”* (Sá-Chaves, 2000:103). Aceitando como pertinente este raciocínio, será que assim se verificam e explicam as eventuais crises de motivação para os desempenhos profissionais dos enfermeiros?

Babcock e Miller (1996) relacionam o pensamento crítico dos enfermeiros e a motivação para o exercício profissional. Para estas autoras o enfrentar as situações problemáticas depende das características do profissional, como um trabalhador que pensa

criticamente como tomar a decisão mais adequada. Depende também da existência de alguém que os ajude a desenvolver essas capacidades nos contextos onde se encontram.

O pensamento crítico pode ser desenvolvido com a ajuda das próprias organizações. Canavarro (1997), abordando os paradigmas organizacionais, expressa a sua opinião (discutível) de que os trabalhadores são muitas vezes obrigados a aderir aos objectivos dessas organizações. Esta “manipulação” não tem o carácter negativista da própria palavra. As medidas *top-down*, permitiriam trabalhar e construir a estrutura que, após a obtenção de resultados positivos a nível operacional, se empenharia sentido *botton-up*, reformulando anteriores objectivos com apoio e em articulação com os trabalhadores.

As organizações têm necessidade de desenvolver estratégias de apoio e de orientação dos seus trabalhadores. Canavarro (1997) refere, citando Nonaka (1991): *“People don’t just passively receive new knowledge, they actively interpret it and fit to their own situation and perspective...the confusion created by the inevitable discrepancies in meaning can be a rich source of new knowledge – if a company knows how to manage it” (ibidem:43).*

Para uma maioria significativa dos inquiridos, quando estes têm dificuldades em prestar determinado cuidado a um doente, há sempre alguém disponível para consultar, para o orientar e ajudar, se bem que apenas de forma informal. Em termos formais, os inquiridos referem que não existe nenhum profissional no hospital que costumam consultar, que lhes dê apoio e suporte emocional quando precisam e que os ajudem no desenvolvimento das suas práticas. Paradoxalmente, outra parte significativa confirma que a organização os ajuda na resolução das suas dificuldades no exercício profissional, embora outros inquiridos da amostra refiram que a organização ajuda só quando o enfermeiro solicita (*vide* Quadro 32). Uma conclusão mais objectiva e definitiva sobre esta questão necessitaria de um trabalho de campo mais prolongado, com recurso a outras metodologias. Canavarro (1997), situado num contexto diferente, refere que as organizações devem estar despertas para o despiste atempado de situações deste tipo, actuando em consideração.

Os inquiridos referem ser inadequado o apoio proporcionado pelo hospital (*vide* Quadro 33). Apesar de existir um departamento de saúde ocupacional na instituição, este não é solicitado para questões de acompanhamento psicológico decorrente do exercício profissional como nos foi referido por pesquisa documental. Wren et al (*in* Cutcliffe et al,

2001), ao fazerem uma revisão de literatura sobre a implicação da supervisão em enfermeiras de psiquiatria, verificaram que os problemas decorrentes do exercício profissional das profissões de cuidar são essencialmente o *stress* ocupacional. As medidas de apoio centram-se à volta do aconselhamento psicológico por parte de profissionais com preparação específica.

Um dos referentes para análise e discussão sobre as medidas de acompanhamento na literatura consultada estava relacionado com a articulação entre as problemáticas dos desempenhos profissionais e os problemas decorrentes da vida pessoal dos enfermeiros. Foi interessante verificar que os inquiridos afirmavam que os problemas pessoais raramente afectavam o seu exercício, mas que o exercício dos seus colegas era por vezes afectado pelos problemas pessoais por eles vivenciados. No sentido contrário, os problemas decorrentes da actividade profissional afectam muitas vezes as suas vidas pessoais.

Perante estes dados, as enfermeiras entrevistadas teciam os seguintes comentários (Anexo IX):

- *“Eu acho que também a vida de cada um afecta a qualidade”;*
- *“Quer dizer os seus problemas pessoais não afectam a profissão mas aos colegas já afectam. Eu não acredito”;*
- *Acho que as pessoas deviam ser mais humildes e admitir que os problemas pessoais, sejam para quem forem e, em qualquer profissão, afectam-nos e muito”;*
- *“Se eu estiver com problemas em casa, sejam quais forem, os cuidados que eu presto aos doentes vão também sofrer”;*
- *“...eu não me achava em condições. E tudo por causa de problemas familiares. Eles afectam sempre”.*

Alarcão e Sá-Chaves (*in* Sá-Chaves, 2000:143-158) tentam perceber estas problemáticas profissionais em articulação com o quadro explicativo proposto por Bronfenbrenner. As transacções ecológicas, no decurso dos desenvolvimentos pessoal e profissional, na perspectiva destas investigadoras, seriam objectos de atenção no âmbito dos processos de supervisão. O conjunto de transacções ecológicas não seria passível de

delimitação no que respeita aos efeitos que provocam na globalidade do indivíduo; os resultados destas transacções são visíveis na pessoa no seu todo e influenciam os seus comportamentos e atitudes.

Para Alarcão e Tavares (2003) existe uma espiralidade entre a supervisão, o desenvolvimento pessoal e o desenvolvimento profissional, com base numa aprendizagem permanente e sistémica. Aceitando que o processo de desenvolvimento pessoal e profissional passa pela formação, esta decorre de um cenário em que se interliga com um significativo número de factores e provoca uma transformação permanente. Pelo que nos parece subjacente a esta perspectiva uma ligação entre a problemática pessoal e profissional.

Canário (1999) referindo-se à tipologia da formação de adultos realiza abordagens ao modelo de Demailly que parte da premissa de que os fenómenos de socialização partem da concepção da formação. O desenvolvimento do “EU” como pessoa e profissional estaria articulada com quatro formas de transmissão de saberes: uma *forma universitária* onde há uma valorização do saber original mas crítico; uma *forma escolar* onde os saberes aparecem deslocados dos professores; uma *forma contractual* onde se articula a interdisciplinariedade da escolha e da negociação da aprendizagem; finalmente uma *forma interactiva-reflexiva* onde se favorece a iniciativa como resultado da formação sobre as práticas quotidianas e em que se assume a dimensão colectiva das aprendizagens.

Na área da enfermagem, Ooijen (2000), ao desenvolver e explorar o modelo em espiral “*Double Helix Model Supervision*”, ressalta a necessidade de se entenderem as intervenções de aconselhamento e desenvolvimento pessoal e profissional em várias dimensões consoante a interligação entre as estruturas em jogo. A vida pessoal, num ambiente *macro*, faz interagir e alterar as circunstâncias de actuação no ambiente *micro*. O inverso também se encontra descrito na definição deste modelo interactivo.

Bernard e Goodyear (1998), ao desenvolverem as características da relação supervisiva, defendem a necessidade de se dirigir uma atenção sistematizada às questões de vida pessoal que afectam a qualidade das práticas dos profissionais. É também a problemática decorrente do dia-a-dia profissional que muitas vezes cria constrangimentos na vida familiar e social (incompatibilidade de horários, excesso de trabalho, ...).

Parece-nos que é também nesta perspectiva que a maioria dos inquiridos afirmam ser necessária a existência de profissionais, designados formalmente pela instituição, com

funções de apoio e suporte global, quer em termos de prestação de cuidados, quer na esfera emocional. Esta ideia não é unânime, uma vez que um número pouco significativo de inquiridos afirma não ser necessário este tipo de apoio. Os inquiridos que referem necessidade deste suporte ou na área da prestação de cuidados ou em termos de apoio emocional, são pouco representativos face ao total de inquiridos.

Para Bond e Holland (1998), a supervisão clínica em enfermagem não é o mesmo que aconselhamento. Pensamos que neste aspecto estas autoras fazem um distanciamento das duas dimensões: apoio nas práticas e apoio emocional. Mas esta dicotomização dilui-se quando afirmam que o objecto da supervisão clínica em enfermagem são as práticas e tudo o que possa contribuir para o desenvolvimento destas (neste âmbito devem incluir-se obviamente os aspectos emocionais dos prestadores). Na nossa perspectiva estas autoras referem-nos que o desenvolvimento de competências é “ecológico” no sentido em que quem colabora no apoio e suporte das práticas está a contribuir também para o desenvolvimento da pessoa nos seus aspectos afectivos e na gestão de emoções.

Os processos de desenvolvimento da supervisão clínica em enfermagem têm, na sua base constitutiva, um modelo conceptual ou linhas de pensamento. A partir das suas próprias experiências, os enfermeiros e as organizações definem princípios, conceitos e regras que lhes servem de guias para desenvolverem estratégias de orientação e desenvolvimento das suas práticas profissionais.

Holloway (1995) e Abreu (2000, 2003) dão ênfase ao modelo de David Kolb enquanto estrutura conceptual que relaciona o processo de aprendizagem, as dinâmicas de desenvolvimento e os contextos de aprendizagem.

Para o desenvolvimento de processo sistémico de supervisão, tal como ele era perspectivado pelos inquiridos, consideramos três eixos de análise:

- O processo de supervisão;
- Os intervenientes na relação supervisiva;
- As questões éticas.

Bishop (1998) relata-nos que a emergência da supervisão clínica em enfermagem tornou-se um verdadeiro desafio ao desenvolvimento da profissão e dos seus actores profissionais. Para esta autora, mais do que a preocupação no desenvolvimento de um

modelo ou linha de pensamento, é necessário adoptar estratégias processuais para que esta seja uma ferramenta de suporte ao desenvolvimento das práticas.

Na medida em que no contexto do Hospital Pedro Hispano se pretende desenvolver um modelo de supervisão das práticas clínicas em enfermagem, pensamos que existem alguns aspectos por nós estudados que serão relevantes para uma análise reflexiva sobre o processo e ter em consideração as opiniões dos profissionais.

Os inquiridos reforçam a ideia de que a qualidade depende de ter alguém que os apoie quando responderam que **muitas vezes** a qualidade das práticas fica afectada pela falta de suporte e apoio na prestação de cuidados (*vide* Quadro 42). Abreu (2003), no contexto de uma preocupação com a qualidade, refere que os sistemas de tutoria, definidos de forma integrada nas unidades de cuidados, têm reflexos na formação contínua dos profissionais e nas aprendizagens situadas em contexto clínico. Também Boavista (2000) refere que a cultura da qualidade gera mudança institucional de tal forma que os envolvidos melhoram as suas qualidades através das vantagens emocionais decorrentes dos processos de orientação.

Os inquiridos responderam que é muito importante que a orientação deva ser feita de uma forma “*bem*” sistematizada. Neste sentido de sistematização do processo de orientação, atribuem o grau de muito importante às questões de:

- Tempo – *que o limite de tempo fosse de comum acordo;*
- Período – *ser orientado/supervisado a seguir ao período de integração;*
- Forma – *ser orientado por fases, com períodos de avaliação e correcção.*

Apesar de transmitirem um desejo de sistematização do processo, o que é coerente com autores consultados, nomeadamente Cutcliffe *et al*, 2001, referem que não é importante o facto de tudo ficar consignado num “contrato”. Também o grupo de entrevistadas não valorizou este facto. É nossa interpretação que a resposta poderá estar condicionada pela semântica da palavra e pela própria cultura de referência.

Para Frawley – O’Dea (2001) valoriza a negociação e a partilha mas defende também a existência de um documento em que se consigne a relação entre supervisor e

supervisado. Também Cottrell (2000)¹¹ sugere a contractualização no processo de supervisão das práticas de enfermagem.

Relacionando a supervisão com os aspectos éticos da relação entre supervisado e supervisor, Falvey (2002) refere a necessidade de um consentimento escrito do supervisado onde se encontra uma advertência para as questões de confidencialidade.

As enfermeiras entrevistadas contribuíram para alicerçar ainda mais as posições dos respondentes aos questionários quando afirmaram (Anexo IX):

- “...que tudo deve ser feito, estou a falar do processo de supervisão, de uma forma bem sistematizada e levando-nos à reflexão”;
- “Esse tal período de supervisão tem de ser achado de comum acordo entre as partes”;
- “...deve ser feito com avaliações periódicas para ver se tudo está a correr bem de ambas as partes”.

A questão dos tempos de supervisão é abordada por vários autores que relatam experiências de implementação de processos de supervisão clínica em enfermagem em vários contextos. Parece-nos existir uma certa unanimidade de opiniões que relatam que o tempo de orientação não é idêntico.

Para Bishop (1998) poderá haver uma *standardização* do tempo como forma de orientação; defende, no entanto, que se deve privilegiar o estabelecido em acordo prévio pelos intervenientes.

Hadfield (*in* Cutcliffe *et al*, 2001) para além de defenderem que o período de tempo deva ser de comum acordo de ambos (supervisado e supervisor), aconselha que as sessões diárias ou semanais não devam exceder os 45 minutos, com o risco de se tornarem “maçadoras”. Refere ainda que as organizações hospitalares colocam sérias questões à utilização de períodos longos, nomeadamente de seis meses de supervisão, dado os recursos financeiros e humanos que envolvem.

No entanto, Winstanley (*in* Cutcliffe *et al*, 2001), num estudo com 1027 enfermeiras que receberam supervisão clínica, refere que estas encontraram benefícios

¹¹ Este autor apresenta como exemplo um impresso próprio para o contrato supervisivo envolvendo ambas as partes, supervisor e supervisado dentro da organização hospitalar.

acrescidos quando as sessões de supervisão eram frequentes e de longa duração, apesar de não haver especificação dos tempos.

Apesar de os inquiridos se situarem unicamente no período após a integração profissional, quando analisam a problemática da supervisão, não se nega a pertinência desta durante a formação inicial. Para Cutcliffe *et al* (2001) a supervisão clínica, sendo um processo “*non stop*”, estará presente sempre que for necessário para o desenvolvimento de práticas de qualidade.

Embora não formalmente identificado, o formato ou o faseamento do processo de supervisão é compatível com o modelo proposto por Nicklin que, segundo Abreu (2001, 2003), está centrado nas práticas dos profissionais.

Contributos para uma definição da figura de Supervisor/Orientador

“Relationship is the dynamic element of supervision”

Holloway (1995:41)

Os inquiridos, para além de afirmarem a existência de um conjunto de dificuldades no seu desenvolvimento pessoal e profissional, exprimem a necessidade da existência de uma figura de orientação e suporte para esse desenvolvimento, pelo que pensamos ser razoável dar ênfase a este aspecto subdividindo este capítulo.

Uma questão pode ser colocada neste âmbito: ***Quem deve ser, para os inquiridos, o supervisor/orientador das práticas clínicas?***

Os enfermeiros atribuíram uma apreciação de “muito importante” à afirmação: “*gostaria que a orientação fosse feita por um enfermeiro*” (*vide* Quadro 43). Parece-nos que será a partir desta afirmação que poderemos percorrer o sentir deste grupo.

Para a orientação do estágio clínico, em que o enfermeiro coopera com a escola mas permanece ligado ao hospital, os inquiridos responderam em maioria que deveria ser o enfermeiro especialista. Perante a existência de um conjunto de dificuldades decorrentes da prática, ao serem solicitados para definirem o profissional ou categoria deste que tivessem de consultar, identificaram igualmente o enfermeiro especialista (*vide* Quadro 28).

Posteriormente, o título profissional da pessoa que costumam consultar quando têm dificuldades em prestar cuidados é ainda o do enfermeiro especialista (*vide* Quadro 29 e Gráfico 2). Para os que salientaram a necessidade de alguém para apoiar e consultar em termos de prestação de cuidados, a maioria contemplou também o enfermeiro especialista. Na mesma sequência, mas em termos de prestação de cuidados e apoio emocional, continuam a atribuir este suporte e orientação ao enfermeiro especialista.

Também o grupo de enfermeiras entrevistadas posteriormente corroborou estes dados obtidos pela aplicação do questionário, através das seguintes afirmações (Anexo XI):

- *“...o enfermeiro especialista ter mais conhecimentos por ter feito um curso”;*
- *“...verem no especialista, o mais velho e aquele que tem mais conhecimentos”;*
- *“...o especialista como um profissional com mais competências numa determinada área para prestar cuidados mais diferenciados”.*

No entanto estas mesmas enfermeiras entrevistadas colocam algumas dúvidas sobre uma aproximação tão declarada ao enfermeiro especialista e que pode ser motivo de reflexão. Contrapõem com as seguintes questões:

- *“Existem outros colegas tão ou mais competentes que o especialista”;*
- *“...especialistas que têm muita formação mas depois não são capazes de transmitir essa informação aos outros”;*
- *“...mais velho e com mais conhecimentos mas não sei se tem todas as competências”.*

Sobre as características da figura de suporte, à dimensão pessoal e interpessoal foi dado um relevo de “muito importante”, traduzindo-se por saber ouvir, ser assertivo, ser confiante saber avaliar, ter conhecimentos técnicos, científicos e sobre relações humanas (*vide* Quadro 30). Para além destas revelaram ainda outras, nomeadamente as que são referidas nas categorias de: **C. competência nas práticas** e **D. competência no desenvolvimento das dimensões pessoais e interpessoais** : Q63 – *“Ter formação específica”*; Q114 – *“Ter formação especializada na área”* (*vide* Quadro 31).

As enfermeiras entrevistadas contribuíram com afirmações importantes (Anexo IX):

- *“Acho que pode ser um colega nosso se confiarmos nele ou se for das nossas relações mais confidente”;*
- *“...haver uma relação de confiança muito grande”;*
- *“Que tenha alguma experiência em dar apoio e em ser presente em qualquer situação”;*
- *“...gostam do que fazem e desenvolvem muitas aprendizagens mesmo em serviço e na sua área”;*
- *“...mais competências em ensinar, na formação de outros”;*
- *“Devia ter formação específica”;*
- *“O ser da prática ou seja, estar no serviço penso que também é uma característica essencial”;*
- *“Ninguém pode orientar outro se não estiver dentro do contexto onde se desenrola essa prática”;*
- *“É verdade que esse especialista pode vir a frequentar uma formação nesse sentido”;*
- *“O especialista pode muito bem ser o escolhido, apesar de haver poucos, mas que não quer dizer que não tenha de fazer formação específica na área de supervisão”;*
- *“Deveria ter uma preparação específica quer para ajudar ou, mais importante, para detectar se o colega precisa de ajuda ou não”;*
- *“A formação nessa área é essencial”;*
- *“Tem é de ter as qualificações necessárias para tal”;*
- *“...tem de haver formação”*
- *“Para tal poderá ser essa pessoa que possa ajudar os outros”.*

Estas afirmações vão ao encontro de muitas das perspectivas teóricas das quais salientamos Bond e Holland (1998) que descreve os seguintes itens:

- É um elemento responsável na instituição;

- Está disponível para a formação e aceita esta como um processo de desenvolvimento pessoal e profissional;
- Sabe “cuidar”, numa perspectiva humanista, tanto o seu doente como o seu colega ou aluno, estabelecendo uma relação de ajuda, de suporte e motivando-o para o seu desenvolvimento;
- Sabe avaliar, porque consciencializa o erro, comentando-o e reduzindo-o em tempo útil;
- Medeia a relação supervisiva entre o supervisionado e a organização, tendo em consideração, os objectivos institucionais e os objectivos do projecto pessoal do supervisionado;
- Tem competência reconhecida, formal ou informal, pelo valor da sua experiência, maturidade ou conhecimentos adquiridos.

A questão da necessidade de formação específica para este profissional é referida por Abreu (2003:59) *“É importante que seja proporcionado aos tutores programas específicos de formação com o objectivo de desenvolver as suas competências pedagógicas...”*. Estas competências pedagógicas vão ser utilizadas não só com alunos mas também no acompanhamento e formação dos profissionais.

Os inquiridos afirmam também *não ser importante* que seja o enfermeiro chefe da unidade, que fosse alguém externo ao hospital, ou ao seu serviço ou unidade (*vide* Quadro 43).

Estes resultados vão ao encontro de outras experiências realizadas e desenvolvidas em diversos contextos. Na experiência australiana, relatada e desenvolvida por Yegdish (2001), a supervisão clínica em enfermagem pode ter contornos de gestão, mas o seu desenvolvimento é diferente. Por isso, as atribuições de supervisão nas suas várias dimensões devem ser dadas a um enfermeiro com competências específicas; pode eventualmente ser um enfermeiro com responsabilidades de gestão, mas esta não parece ser condição essencial. Para a autora existe uma tendência natural das direcções dos hospitais em atribuir a supervisão ao gestor da unidade (por comodidade ou racionalização de recursos). No entanto lembra que poderá haver renitência, receios e conflitos por parte dos supervisionados.

Para Wren *et al* (in Cutcliffe *et al*, 2001), a cultura das organizações onde se associa a política directiva influencia a escolha dos supervisores. Não fazendo recair essa escolha nos “*Managers*” (*ibidem*:192), escolhem um meio termo que fica na área do “poder dos saberes”. Nesta mesma linha, Rounds (2001), relatando uma investigação nos Estados Unidos da América, atribui esses conhecimentos e saberes aos “*experienced nurses*”.

Por sua vez Bernard e Goodyear (1998) estabelecem diferenças significativas nas práticas de supervisão quando esta é atribuída ao gestor da unidade ou ao enfermeiro *especializado*. Referem que pode haver uma inversão ou conflito de papéis que fazem com que o processo de supervisão e apoio não resulte se o enfermeiro gestor assumir essa mesma orientação.

Na perspectiva de Johns (2000), um profissional reflexivo que colabore na construção das práticas de enfermagem tem de estar disponível. Esta disponibilidade não é só para o doente/cliente, mas também para criar o ambiente para uma prática holística de suporte a toda a multiplicidade de relações intervenientes nessa prática.

Hyrkäs e Paunonem (2001) dão exemplos oriundos da Finlândia, nos quais se verifica que o enfermeiro supervisor das práticas clínicas é treinado e formado especificamente para o exercício da supervisão clínica em enfermagem.

No relatório final do projecto desenvolvido no Hospital com vista à definição de um modelo de supervisão clínica em enfermagem indica-se a necessidade dos tutores compreenderem os mecanismos envolvidos na prática clínica, reconhecerem os problemas da aprendizagem e dominarem métodos para promover uma boa aprendizagem em contexto clínico (Maia e Abreu, 2004:10). Poderíamos acrescentar ainda a necessidade de dominarem estratégias para o desenvolvimento do pensamento reflexivo no seio das equipas, para a introdução de um espírito de investigação. Estas parecem ser, a nosso ver, as ideias que emergem do conteúdo funcional expresso na própria Carreira de Enfermagem (Dec-Lei nº. 437/91 de 8 de Novembro) e restante legislação complementar no que se refere à categoria de enfermeiro especialista.

Outros contributos para esta análise são os decorrentes de Bond e Holland (1998), (vide Capítulo 3. da Parte I). Para elas: “*The clinical supervision relationship is a working alliance*” (*ibidem*:77). Referem também ser positivo o facto de se facultar a escolha do supervisor, por parte do supervisionado, o que vai de encontro à opinião dos inquiridos.

Estes concluem ser irrelevante se o supervisor é externo ao serviço, ou unidade, ou ainda externo ao próprio hospital, como também serem amigos pessoais. Esta afirmação é contrária à opinião de Cutcliffe (2001), que pelos estudos realizados em diferentes contextos, diz que o efeito do processo de supervisão tem mais êxito se o supervisor for externo ao serviço. Na nossa perspectiva pode não ser tão eficaz, visto que para isso deve ser conhecedor do contexto e das práticas que aí se desenvolvem.

Bond e Holland (1998) desenvolvem o seu trabalho precisamente na área das capacidades e competências da figura do supervisor das práticas clínicas em enfermagem, tendo como referência o modelo de interacção e suporte de Hawkins e Shoet (1989). Elegem também a figura do enfermeiro detentor de uma especialização como o mais adequado para o desenvolvimento de processos de supervisão.

No decorrer deste estudo apareceu um dado relevante: a existência na instituição da figura do *enfermeiro de referência*. Isto levou-nos a colocar algumas questões, nomeadamente: *quem é o enfermeiro de referência, quais os critérios de selecção e quais as suas funções?*

Pelas afirmações das entrevistadas deduzimos haver uma colagem entre a figura do enfermeiro de referência e o enfermeiro especialista (Anexo IX):

- “*Quem é a figura do supervisor? O enfermeiro especialista ou enfermeiro de referência?*”;
- “*A maioria das vezes o especialista é o enfermeiro de referência*”;
- “*O enfermeiro de referência é o elo de ligação em todos os turnos*”;
- “*O enfermeiro de referência é quase sempre um enfermeiro especialista do serviço e que está em horário fixo*”;
- “*O enfermeiro especialista está associado ao enfermeiro de referência*”.

Os critérios de selecção para exercerem as funções de enfermeiro de referência não se apresentam muito claros para as entrevistadas (Anexo IX):

- “*A questão do enfermeiro de referência, que nunca foi muito bem aceite pela maioria...*”;

- “...é o facto ser mais antiga na profissão que se fica como enfermeira de referência”;
- “A nomeação para enfermeira de referência foi muito controversa aqui no hospital”.

As funções do enfermeiro de referência encontram-se estabelecidas em documento interno do hospital, que refere ser um enfermeiro gestor de cuidados (desconhecemos em que modelo de gestão de cuidados se encontram integrados), com funções específicas na admissão do doente, durante o internamento e na alta (Anexo VI). No exercício destas funções tem o apoio do *enfermeiro associado* que é responsável pelo doente. O documento enumera ainda as seguintes vantagens deste método:

- Evitar a fragmentação de cuidados;
- Personalizar os cuidados;
- Aumentar a qualidade;
- Aumentar a comunicação e a colaboração na equipa multidisciplinar;
- Aumentar a satisfação dos doentes;
- Garantir a continuidade de cuidados.

As enfermeiras entrevistadas dão ainda outro contributo para entendermos a figura do *enfermeiro de referência* (Anexo IX): “*As funções de enfermeiro de referência, estão essencialmente associadas, pelo método de enfermeiro responsável, à gestão de cuidados*”.

Perante estes dados ficámos com algumas dúvidas sobre a eficácia desta figura e da possibilidade de ser indigitada para o acompanhamento sistematizado dos pares. Dos inquiridos, ao identificarem a pessoa que costumam consultar, apenas um nomeou o enfermeiro de referência (Quadro 28). Por outro lado, ao darem os seus contributos sobre outras características que a figura de suporte e ajuda deveria ter outro inquirido responde: Q187 – “*Que seja diferente da enfermeira de referência*” (Anexo IV). Perante estas afirmações as entrevistadas justificaram que a nomeação do enfermeiro de referência uma só vez, como pessoa a consultar, deve-se ao facto de os inquiridos já associarem este com o

enfermeiro especialista. A outra resposta foi analisada, pelas entrevistadas, como se tratando de um caso particular e isolado.

Em consonância com o atrás descrito, parecem-nos conclusivas as opiniões das enfermeiras entrevistadas ao afirmarem (Anexo IX):

- *“O enfermeiro especialista ou de referência tem boas possibilidades de dar esse apoio se necessário”;*
- *“Eu acho que se pode mesmo concluir que o enfermeiro de referência é quase sempre especialista e que poderá ser essa pessoa que possa ajudar os outros”;*
- *“...se existisse um orientador, como o enfermeiro de referência e que para além da ajuda que desse aos colegas nas suas práticas, desse o seu saber numa harmonização dos cuidados”;*
- *“Ser enfermeira de referência, é ser-se de referência”.*

No entanto a problemática não termina aqui visto que uma delas refere ainda: *“Há muita falta de especialistas no hospital”*. Perante isto ocorre-nos reflectir sobre quem será o enfermeiro de referência num futuro breve.

Os aspectos éticos têm de ser considerados como de extrema importância na implementação e desenvolvimento dos processos de supervisão.

Falvey (2002) desenvolve um trabalho com investigações nos Estados Unidos da América no sentido de identificar um conjunto de assuntos vulneráveis às práticas de supervisão (em vários domínios) relacionadas com os aspectos legais e éticos deste exercício. Sobre as competências do supervisor refere alguns procedimentos regulamentados pelas próprias organizações associativas de vários grupos de profissionais que detêm um código deontológico para o seu exercício. Para esta autora os consentimentos informados e os contratos supervisivos têm aqui um propósito muito particular, visto que com eles, na presença de algum problema surgido da relação supervisiva, este fica devidamente “regularizado” (em termos legais).

Cottrell (2000), ao elaborar um documento sobre políticas de supervisão no Reino Unido, aponta as questões da confidencialidade e da responsabilidade profissional por parte do supervisor, não só no sentido da relação com o supervisionado mas também perante o

cliente/doente. Defende ainda, dando mais consistência aos aspectos de confidencialidade, a existência de um contrato escrito e autorizado superiormente para ambas as partes envolvidas na relação supervisiva.

As questões de confidencialidade não são relevantes para a amostra de enfermeiros já que responderam não terem receios de confessar as suas necessidades. Também não é importante que alguém soubesse das suas dificuldades ou ainda que o responsável da unidade, ou serviço, tivesse conhecimento dessas mesmas dificuldades. Continuando nesta análise, os inquiridos não têm receios de confessar as suas necessidades aos colegas ou ao chefe da unidade.

Jones (2001) citando Butterworth (1997), aponta para a contractualização formal como processo de garantir um documento escrito válido onde se consignem todos os aspectos relevantes para a efectivação da supervisão e assegurando as responsabilizações decorrentes da quebra desse mesmo contrato. Afirma ainda que “*Such concerns require a intimate knowledge of professional edicts, ethical guidelines and organizational cultures (ibidem: 3).*”

Ao transpormos para a nossa realidade o exercício profissional da enfermagem está também regulamentado nos seus aspectos éticos pela legislação em vigor onde se destaca o código deontológico (Decreto-Lei nº. 104/98 de 21 de Abril).

Os aspectos éticos com que os inquiridos foram confrontados revelaram algumas afirmações interessantes. Ao estabelecerem um grau de importância sobre algumas características que a figura de suporte e ajuda deveria ter, o facto deste ser do mesmo sexo que o supervisionado não é importante para os inquiridos no questionário. Esta perspectiva é muito valorizada por alguns autores consultados, pois apontam as problemáticas de género como potenciais problemas para o relacionamento entre supervisor e supervisionado.

Frawley-O’Dea (2001) considera importante fazer-se uma abordagem externa sobre o envolvimento entre os intervenientes na relação supervisiva, visto que encontrou estudos que informam o aparecimento de relacionamentos íntimos entre supervisionado e supervisor. Por outro lado, a mesma autora refere o sexo (género) como potencializador do poder e da autoridade do supervisor sobre o supervisionado. É na sua perspectiva mais linear e observável quando o supervisor é masculino e o supervisionado é feminino. Bernard e Goodyear (1998) valorizam também esta questão. Referem estudos de vários autores relacionados com a atracção sexual, relação sexual consentida mas escondida e relações

românticas entre os pares que “...were among the topics that trainees were unwilling to disclose in supervision” (ibidem:189).

Os enfermeiros não referem quaisquer problemas em serem supervisionados ou orientados nas suas práticas. Revelam mesmo ser “importante” esta realidade. Este discurso vai de encontro a resultados obtidos em outras investigações, apesar de algumas delas revelaram ser necessário haver uma autorização expressa, por parte do supervisor, para que se realize o processo de supervisão (Bernard e Goodyear, 1998).

Outro campo relacionado com os aspectos éticos e que carecem de alguns comentários foram a atribuição de grau de importância de “muito importante” à afirmação de *aceitar a orientação/supervisão, desde que tivesse efeitos na avaliação profissional de desempenho*. O contrário (não ter efeitos na avaliação de desempenho) foi graduada em “nada importante” (vide Quadro 43). Para os inquiridos seria importante existir uma relação entre ambos os processos, o que contraria a generalidade dos estudos realizados nesta área. Como referem Bernard e Goodyear (1998), quem avalia detém determinado poder, facto que pode ser redutor para toda a actividade de supervisão.

No entanto, analisando o actual processo de avaliação do desempenho previsto na legislação em vigor em Portugal, podemos verificar que as estratégias utilizadas no processo envolvem procedimentos análogos aos do processo supervisorio, facto que talvez possa explicar a opinião dos inquiridos sobre a relação entre ambos os processos. Smith e Cottrell (s.d.), reportando-se ao contexto inglês, relatam as experiências sobre o problema da avaliação de desempenho dos enfermeiros no sistema inglês (*Individual Performance Review*) da posição da UKCC, que afirma de uma forma categórica que a supervisão clínica “...is not a system of formal Individual Performance Review or the exercise of overt managerial responsibility or managerial supervision” (ibidem, s.p.).

Guskey (2000), ao abordar a natureza dinâmica do desenvolvimento profissional, reconhece que este é: “...a intentional process” (ibidem: 8). Requer treino de ambos os intervenientes (supervisor e supervisorado), observação, envolvimento e mudança. Os processos de crescimento e avaliação devem ser bidireccionais e não devem dispensar uma relação de proximidade: “Developing good relationships between the supervisor and supervisee will help to improve clinical supervision and optimise contextual learning about building safer professional and clinical relationships.” (ibidem:10)

4. NOTA FINAL

Como refere Yin (1984), um estudo de caso é um modo de investigação de natureza empírica, dirigida a uma unidade bem delimitada, em tempo real, tirando todo o partido possível de fontes múltiplas de evidência como entrevistas, observações, documentos e artefactos produzidos pelos ou sobre os actores. No caso presente, tratava-se do envolvimento do investigador num contexto específico em que se pretendia respostas aos “porquês” e ao “como”, num processo de múltiplas interrogações. Considerando a realidade do presente estudo, seria de prever que teríamos na nossa posse um conjunto vasto de informação que se impunha tratar e articular, tendo em vista a constituição de uma matriz explicativa sobre a unidade em análise – o Hospital Pedro Hispano. Mas, para além de trabalhar um conjunto de informação, dúvidas ou subsídios situados neste contexto, tentaremos sintetizar neste espaço algumas reflexões que pensamos poderem suscitar outras interrogações ou investimentos nesta área.

É nossa intenção, nesta “nota final”, procurar apresentar as ideias principais decorrentes do nosso estudo. É ainda foco da nossa atenção identificar as problemáticas centrais da supervisão da prática clínica em enfermagem, pelo menos como estas são vistas e vividas pelos actores do estudo.

Assim sendo, elaborámos uma conclusão estruturada em três pontos de análise e de reflexão. Num primeiro momento pretende-se fazer uma sumariação do trabalho e uma reflexão sobre a metodologia utilizada. Numa segunda parte apresenta-se a síntese final tendo em consideração os objectivos e questões equacionadas; identificam-se ainda as limitações e os problemas detectados durante todo o percurso da pesquisa. Finalmente, e após este contacto com o terreno, desejámos deixar os nossos contributos para uma política local de supervisão das práticas clínicas de enfermagem na unidade social em estudo e algumas recomendações para futuras investigações nesta área.

É nossa opinião que as metodologias qualitativas podem contribuir para uma atitude mais reflexiva sobre a enfermagem, a formação e as práticas profissionais. Os resultados destas pesquisas, que penetram nas realidades simbólicas, têm maior potencial transformador, uma vez que proporcionam ao profissional uma consciencialização sobre o

significado dos saberes que detêm, intimamente ligados à prática e em permanente construção. Este melhor entendimento das práticas, tendo por base a reflexão sobre elas, está condicente com a dimensão construtivista contrariamente às análises positivistas que se poderão tornar mais limitativas e redutoras.

A nossa principal motivação reside na importância crescente que a supervisão das práticas clínicas tem assumido no debate sobre a gestão das instituições e a qualidade dos cuidados de saúde. Não se trata apenas de uma preocupação centrada na certificação da qualidade – referimo-nos a uma preocupação com os trajectos de formação, integridade emocional e com a segurança dos cuidados.

Assim sendo, a finalidade do estudo era a de constituir um subsídio para a definição de um modelo de supervisão das práticas clínicas em enfermagem.

Polarizamos o desenvolvimento do nosso estudo numa perspectiva teórica alicerçada em três grandes unidades: a científica – supervisão clínica em enfermagem; a científico/profissional – a enfermagem; e o contexto – o local onde decorre a investigação. Pensámos tratar-se de uma matriz importante para referenciar, a nível conceptual, o desenvolvimento da pesquisa e a interpretação da informação recolhida.

Síntese do estudo

O nosso propósito inicial consistia em estudar a situação particular de acompanhamento das práticas clínicas num determinado hospital, caracterizando os métodos, identificando procedimentos e analisando as perspectivas dos actores (enfermeiros).

A pesquisa que desenvolvemos realizou-se num contexto específico, onde decorria um projecto de trabalho no qual foi integrada uma parte da dinâmica de investigação. Podemos de certa forma considerar que não só nos sentimos envolvidos no projecto como desenvolvemos uma participação activa no mesmo, colaborando nos trabalhos e realizando a recolha de informação durante o período de realização desse mesmo projecto. Muitos dos dados emergentes deste projecto foram por nós mobilizados no âmbito da análise da informação colhida através dos questionários e da entrevista.

O grupo de enfermeiros que participou nos *Workshop* apresentou um conceito de supervisão clínica de enfermagem que mereceu o consenso geral dos participantes e que se

enquadra na nossa própria abordagem teórica. A supervisão clínica em enfermagem seria um *“processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”* (Maia e Abreu, 2004: 8)

Dadas as limitações decorrentes de um estudo desta natureza, não se pretendeu definir uma política, um sistema ou mesmo uma estrutura de supervisão clínica em enfermagem. Partindo da análise da informação decorrente das questões orientadoras da pesquisa, formulamos algumas reflexões que eventualmente poderão ser úteis na definição de um modelo de supervisão das práticas clínicas, sem quaisquer preocupações de generalização.

Ao longo das nossas interrogações e análises preliminares, identificámos um conjunto de questões que, na prática, funcionaram como interrogações para as quais procurámos obter uma resposta. As reflexões que se seguem estão polarizadas em torno das que eram, desde o início do estudo, os eixos estruturantes da pesquisa.

Como vêm os enfermeiros o desenvolvimento das suas práticas?

O desenvolvimento das práticas profissionais dos enfermeiros parece-nos estar enquadrado nas mais actuais filosofias das práticas do cuidar inscritas numa filosofia humanista e humanizante. Para estes profissionais é importante o papel de relação de ajuda, como competência básica da enfermagem para a qualidade organizacional e das práticas assistenciais. As situações problemáticas dos doentes surgem intimamente ligadas à satisfação das necessidades humanas básicas, com a reposição do seu estado de saúde ou tendo uma morte digna. Consegue-se entender que detêm uma perspectiva próxima da filosofia do cuidar, apesar de identificarem algumas dificuldades nesta matéria.

Reconhecem que é com as suas intervenções e com uma prática reflexiva que conseguem dar qualidade às suas actividades diárias e satisfazer as necessidades dos seus doentes num “conjunto harmonioso a artístico” tendo em consideração a individualidade da assistência em matéria de cuidados. O trajecto do seu desenvolvimento profissional passa também pela “necessidade de apoiar o outro”. E é nesta medida que verbalizam a necessidade de alguém que os acompanhe nos seus percursos e no desenvolvimento das

suas práticas, alguém que com eles estabeleça uma relação de ajuda transversal aos seus quotidianos para resolver um número significativo de problemáticas daí emergentes.

Não emergia, no estudo, uma motivação “clara” para a auto-formação. Os enfermeiros não adiantam as razões de um eventual desinteresse nesta área mas apontam, ao longo do estudo, um conjunto de dimensões que permitem colocar algumas hipóteses: não participação em grupo de trabalho, não orientação de ensinamentos clínicos, cansaço decorrente do trabalho por turnos, duplo emprego ou mesmo escassez de recursos humanos. No entanto parecem-nos manifestar desejo de mudança para uma implicação mais evidente na formação.

Foi interessante verificar, como referem Maia e Abreu (2004:7) que a perspectiva prévia em que se colocam os profissionais *é sempre a da manutenção e promoção dos níveis de qualidade*. Por outro lado identificam também um conjunto de problemas que podem ser resolvidos com acompanhamento e formação dirigida.

Quais as dificuldades com que os enfermeiros se deparam no decurso do seu exercício profissional?

Ao analisar um conjunto significativo de dificuldades que os enfermeiros demonstraram ter no decurso do seu exercício, fica-nos a ideia que as dimensões pessoal e interpessoal, a relação de ajuda e o desenvolvimento das suas competências profissionais e pessoais, constituem as maiores áreas de preocupação referidas.

Os aspectos de relação com o outro que sofre, que se encontra numa situação limite de vida, o outro que tem problemas também ele de relação até com a sociedade que o rodeia, leva estes profissionais a declararem por vezes a sua incapacidade de colaborar numa efectiva ajuda. Esta dimensão faz-nos parecer não ser a falta do conhecimento para tal (informação), mas sim na capacidade de o utilizar, tendo em atenção a pessoa à sua frente e a situação específica. Daí sentirem que há necessidade de terem alguém que os faça reflectir com as diversas situações das suas práticas clínicas num acompanhamento sistemático com as realidades em que vivem.

Não nos parece que os enfermeiros inquiridos revelem dificuldades relacionadas com os procedimentos técnicos; trata-se de uma realidade sistematicamente abordada a nível das acções de formação que ocorrem naquele contexto profissional. As questões de

insegurança podem ser relevantes, umas por falta de formação e outras por falta de medidas de acompanhamento sistemático como suporte do seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Um dos grupos, que se debruçou sobre a Norma 51 do *Kings Fund Health Quality Service*, referia (reportando-se a esta norma) que era imprescindível “... *supervisão clínica apropriada para apoiar os enfermeiros a desenvolver as suas práticas profissionais*”. O processo de acreditação de qualidade vale a pena não só para as instituições como também para os profissionais se a gestão souber realizar a adesão dos seus recursos humanos.

Que tipo de problemas surgem no processo de integração de profissionais em novas unidades hospitalares?

Os processos de integração na vida profissional carecem de um determinado acompanhamento que deverá ser monitorizado e apoiado com permanência, assim como obedecer a uma estruturação significativa, não complexa e que seja compreendido para um vasto conjunto de pessoas. Esta é, para além de tudo, uma exigência dos próprios modelos de acreditação já descritos.

O que sobressai nesta análise é que nos parece existir, neste contexto, os mecanismos protocolares para a efectivação do processo de integração em conformidade com a exigência das metodologias de acreditação para a qualidade, tanto mais que é referida como “um adquirido” da própria organização. Porém, na perspectiva dos enfermeiros, os processos de integração são demasiado curtos face às necessidades de socialização em contexto e demasiado normativos, o que dificulta o trabalho personalizado de integração. Dado que as metodologias utilizadas no período de integração são extensíveis aos alunos que ali realizam o seu estágio clínico, fica-nos de grosso modo a ideia que estes poderão também ter alguns problemas a este nível, principalmente se os alunos não forem acompanhados por docentes ou orientadores que conheçam a realidade da instituição.

Faz-se ressaltar mais uma vez, agora dentro desta temática, a necessidade de haver uma figura de orientação e apoio para o desenvolvimento dos processos de integração profissional. Ainda em matéria de integração dos profissionais, os enfermeiros verbalizam que há todo o benefício em conceber um sistema de supervisão clínica em articulação com

as *práticas de acompanhamento dos alunos*, da *formação em serviço* e da *integração dos novos profissionais*. Neste sentido, a formação específica em supervisão clínica (com toda as dimensões que esta comporta) é um imperativo que não deve ser negligenciado (Maia e Abreu, 2004: 8).

Que tipo de problemas surgem no processo de integração de alunos em ensino clínico nas unidades hospitalares?

Não emerge, do grupo de enfermeiros inquiridos, uma preocupação clara nesta matéria. Indicam-se, no entanto, algumas dificuldades: indefinição de papéis (quer por parte dos enfermeiros envolvidos no processo, a instituição em si e a instituição escola); sobrecarga de trabalho ou mesmo a ausência de informação sobre a preparação anterior dos alunos. No entanto, o grupo de tutores defende ser importante que o aluno desenvolva as suas actividades de aprendizagem seguindo um modelo reflexivo de um profissional com competências para tal e que se constitua como o seu guia ou modelo durante a sua aprendizagem clínica. Em referência às actividades de tutoria, apontaram dificuldades tais como a sobrecarga de trabalho para o tutor e as dificuldades a nível da gestão de recursos humanos nas instituições de saúde.

O grupo de tutores, durante os *Workshop*, foi crítico quanto aos protocolos celebrados com as Escolas, pois defendem que deve estar sempre presente em todos eles a ideia de “benefícios recíprocos”; devem equacionar-se estratégias de desenvolvimento e identificar-se que tipo de recursos se podem disponibilizar de parte a parte (Escolas e Hospital). Por exemplo, referiam os enfermeiros, que como contrapartida a nível da formação dos alunos, as Escolas poderiam assumir um papel activo na formação dos tutores e, em termos mais gerais, facilitar ainda mais aos enfermeiros da instituição a admissão e frequências de cursos nelas ministrados (Maia e Abreu, 2004).

Que expectativas traçam os enfermeiros em matérias de apoio, suporte e consulta por parte da organização hospitalar

Os enfermeiros da nossa amostra vêm a organização hospitalar como uma organização complexa de redes de pessoas e de actividades. A complexidade inerente a

toda esta rede nem sempre seria benéfica para o desempenho profissional, em que estes se podem sentir como que perdidos na cadeia de cuidados que devem prestar aos seus utentes. A insegurança em relação às matérias e políticas de saúde emergem como preocupações centrais. No entanto não se observam comportamentos, atitudes ou expressões de falta de confiança. Pelo contrário, parece-nos haver mecanismos de auto-confiança em relação ao seu trabalho e actividades enquanto enfermeiros e profissionais de saúde conscientes da sua responsabilidade perante a população que servem.

No grupo de tutores há uma clara consciência que a qualidade e a segurança dos cuidados passam pela existência de pessoas responsáveis pela supervisão das práticas clínicas, que surjam no contexto de uma política organizacional nesta matéria e que promovam acções de ajuda e acompanhamento a nível dos processos de desenvolvimento profissional e pessoal (Maia e Abreu, 2004).

O grupo de enfermeiros do Hospital Pedro Hispano é um grupo jovem, com poucos anos de actividade profissional e nessa perspectiva carece de um acompanhamento sistemático. Este deve ser, na sua perspectiva, um apoio multifacetado que vai desde a ajuda na prestação de cuidados, ao suporte emocional decorrente das situações de trabalho e da vida pessoal que afecta *por vezes* o seu exercício enquanto profissionais de saúde.

O que esperam os enfermeiros da organização “hospital” em matéria de suporte pessoal e formação contínua para a promoção da qualidade das suas práticas

Pode inferir-se, através da análise das opiniões expressas pelos enfermeiros, que estes desejam ver disponibilizadas medidas de suporte, orientação, apoio e ajuda. Referem ainda que a própria qualidade das práticas *está dependente* da existência desta ajuda. Parece-nos que a filosofia da qualidade, com muita visibilidade na instituição, pode estar dependente deste tipo de suporte para que se atinjam os desejados patamares de qualidade.

Esta ajuda, disponibilizada pela instituição de forma integrada, deverá assumir a forma de uma intervenção global e incidir nas áreas da formação, qualidade das práticas e desenvolvimento das dimensões pessoais e profissionais. Deve ser extensiva a todos os profissionais de enfermagem com o consequente desenvolvimento de capacidades reflexivas inerentes à sua situação de cuidadores.

A orientação deve ser disponibilizada sempre por outro enfermeiro, com formação especializada e específica na área da supervisão, a partir de um acordo estabelecido entre o enfermeiro que deseja apoio e orientação e aquele que se disponibiliza para efectivar essa mesma ajuda, devendo todo este processo pressupor o cumprimento de aspectos processuais que englobem também o desenvolvimento das práticas.

É para os inquiridos *muito importante* ter alguém que possam consultar e que lhes dê apoio. Esse alguém deverá ser um enfermeiro de referência, especialista, com formação, que assumisse a figura de tutor (enfermeiro supervisor das práticas clínicas) e com um conjunto de características bem definidas, que fizessem reflectir sobre as suas práticas, ajudassem nas suas dimensões relacionais, dessem apoio na formação e integração na vida profissional.

Com estas respostas vamos ao encontro das palavras de Abreu (2003:47-48) que, tendo em atenção a formação permanente do aluno e dos enfermeiros, como forma de ultrapassar alguns obstáculos no desenvolvimento pessoal e profissional, refere algumas proposições para reflexão: *“A aprendizagem deve ser concebida como um percurso e não como um ponto de chegada...”*; *“A aprendizagem é um processo contínuo, ancorado na experiência...”*; *“A aprendizagem em contexto clínico é um processo de criação de conhecimento...”*; *“A preocupação com a qualidade da assistência e com a segurança dos utentes deve polarizar...o funcionamento das organizações de saúde”*.

Contributos para uma política local de supervisão das práticas clínicas de enfermagem

Importa nesta secção chamar ao debate algumas características socio-profissionais do hospital, já referidas em capítulo próprio, para a compreensão da informação colhida ao longo da pesquisa. Trata-se, como já referimos, de um caso único de desenvolvimento deste tipo de experiência.

No exposto por Abreu (2001, 2003), uma estrutura local de supervisão clínica das práticas de enfermagem deve ter consideração a necessidade de estabelecimento de padrões de qualidade, a partir dos dados disponibilizados pela investigação.

Canário (1998) evidencia a dimensão da pessoa, como o elemento central do processo formativo numa esfera alargada do colectivo onde se vão repercutir as

aprendizagens profissionais. E acrescenta: *“As organizações de saúde constituem sistemas de acção colectiva não redutíveis a agregados de indivíduos,...Por isso é importante falar de ‘competência colectiva’, tornando-se compreensível a ‘ineficácia’ das formações deliberadas, exclusivamente dirigidas à capacitação individual e marcadas pela exterioridade em relação aos lugares de exercício da prática profissional”* (ibidem, 1998:4).

Também na Carta Magna (Portugal, 1998) se refere a existência de uma ligação ao mundo de trabalho com uma chamada de atenção à formação profissional que se associa a um outro desafio: uma nova concepção de empresa, dominada pelo fenómeno da globalização das actividades económicas, tecnológicas e sociais, pela aposta na qualidade e todos os desafios consequentes como a competitividade e a interdependência. Esta ideia tem como significado que: *“...em matéria de formação profissional, deixou de haver referências fixas, pois o desafio passou a ser o de preparar o individuo para uma elevada capacidade de adaptação a novas situações profissionais que vão surgindo no percurso de vida de cada um”*(ibidem, 1998:25).

Fica-nos a reflexão de que só profissionais altamente motivados se conseguem empenhar num projecto alicerçado na qualidade. O envolvimento na globalidade da assistência pressupõe o respeito pelas competências individuais, pelas interacções e pelo incremento, daquilo que Nunes e Rego (2002:115) afirmam ser: *“salário emocional”*.

Como nos refere Correia (1991), têm de ser dados contributos para uma redefinição da *“inovação”*, significando mudança, evolução e reforma, das instituições, como espaços de confluência de relações individuais e organizacionais.

As instituições devem ser responsáveis por proporcionar serviços de elevada qualidade, sendo para isso necessário formalizar este propósito fixando critérios, metas, padrões de qualidade para os diversos sectores e sistemas de formação e de monitorização. A política do serviço de enfermagem parece-nos inscrever-se nesta perspectiva, proporcionando uma política e meios de suporte a todos os enfermeiros da estrutura, definindo critérios de referência para o exercício profissional e estratégias de apoio para o desenvolvimento deste.

Bishop (1998) refere-nos que a implementação de um processo de supervisão clínica deverá emergir do interior da unidade social onde se detectam as necessidades da sua implementação, implicando parcerias e a preparação dos recursos humanos através de

formação específica. Para esta autora, a supervisão das práticas clínicas em enfermagem é um desafio ao desenvolvimento das organizações de saúde.

Fish e Twin (1997) afirmam que a qualidade da prática clínica depende do seu acompanhamento e supervisão. Os processos institucionais de apoio à problematização sobre as práticas deve constituir-se como propósito das organizações, articulado com o sistema de gestão, mas nunca assumir um sentido normativo.

Pensamos que não basta ter recursos profissionais de alto nível e de elevada competência para garantir um sistema de qualidade. As monitorizações, a serem feitas, deverão ter também em consideração as dimensões pessoais. Daí a necessidade de promover igualmente um “cuidar” dirigido também aos agentes de saúde, num ambiente de humanização e de dignificação do papel dos profissionais.

Hadfield (2001) e Yegdish (2001) relatam uma experiência idêntica à existente no Hospital Pedro Hispano. O relato aponta para o desenvolvimento de um projecto de estabelecimento de um sistema de supervisão clínica em enfermagem na instituição, processo que se iniciou com a formação de um grupo de trabalho e definição de um cronograma de actividades. O projecto implicou a realização de uma conferência inicial, com a abordagem de teorias e experiências similares em contextos idênticos. Posteriormente, um grupo de trabalho mais alargado organizou vários *Workshop* para debate de temáticas específicas no âmbito da supervisão das práticas (modelos, estratégias, actores e processo de supervisão).

Willianson e Harvey (*in* Cutcliffe, 2001) apresentam e descrevem um projecto pilotado em seis unidades, numa outra instituição hospitalar, durante um período de nove meses; recorrendo a uma metodologia idêntica à anterior, avaliaram e envolveram os restantes serviços à *posteriori*. Concluíram que o estabelecimento de processos de supervisão clínica das práticas profissionais dos enfermeiros melhorou a satisfação profissional destes e os resultados dos seus procedimentos, promovendo também o nível de qualidade da assistência em matéria de saúde aos utentes.

É nesta perspectiva que este projecto agora iniciado no Hospital Pedro Hispano pode constituir uma aposta de sucesso. Costa (2000) aponta para a dimensão reflexiva das práticas de enfermagem como estratégia de promoção da qualidade da dinâmica assistencial nos contextos hospitalares. Esta dimensão, como se sabe, necessita de um

acompanhamento sistemático por parte de um profissional da mesma área, neste caso um enfermeiro com as competências necessárias para esta função.

O Hospital Pedro Hispano detém já uma figura institucionalmente formalizada, que desenvolve algumas das competências identificadas – o enfermeiro de referência. No entanto, face aos dados obtidos no terreno, parece-nos pertinente questionar as suas funções e proporcionar-lhes preparação específica na área da supervisão clínica em enfermagem. Seria interessante apostar também num conjunto de critérios de base para a indigitação destes elementos, como forma de minorar eventuais situações de mal-estar entre os profissionais.

O que mudou em muitas das aceções dos projectos de acreditação da qualidade foi deixar de se pensar unicamente nos resultados passando a ser um processo dinâmico e democrático. As mudanças deram visibilidade ao utente como centro do processo de acreditação e às pessoas emocionalmente envolvidas fazendo-as interiorizar que são elas que fazem a diferença (Boavista, 2000).

É importante que as preocupações de ordem financeira existentes, que apontam para a necessidade de redução de custos, não ponham em causa a disponibilização de recursos para a supervisão. É necessário mais e não menos supervisão por todos os motivos já evocados ao longo deste estudo.

De acordo com os sucessivos debates e contactos com os enfermeiros do hospital, todos estão de acordo quanto às bases de um sistema de supervisão das práticas clínicas na instituição (Maia e Abreu, 2004):

- O modelo de supervisão deve ter em consideração subsídios teóricos, experiências internacionais e as evidências de investigação em enfermagem;
- Um processo sistematizado e multidimensional, baseado em metodologias de resolução de problemas e na relação interpessoal;
- Um processo orientado para “o cuidar” em todas as vertentes;
- Que na sua dimensão e alcance integre a atenção aos profissionais, o apoio aos alunos e a integração dos novos profissionais;
- Que se caracterize por estratégias reflexivas de orientação, interacção, suporte, formação e ajuda;

- Que valorize a dimensão humana de todos os intervenientes como forma de promover disposições para a valorização das dimensões humanas dos utentes;
- Que reconheça os seus efeitos numa prática de qualidade global, através de mecanismos de avaliação e de monitorização desse mesmo processo.

Acreditamos que a supervisão das práticas clínicas de enfermagem é uma área emergente de intervenção dos enfermeiros e para os enfermeiros, com enorme potencial para a profissão e para as instituições. É uma área a explorar e desenvolver; que necessita de um forte empenho da estrutura e das pessoas, tanto mais que a própria investigação apenas nos últimos anos tem fornecido informação para se equacionar a natureza dos sistemas de supervisão clínica.

O caso em estudo é trabalhado em conjunto com um projecto desenvolvido na instituição com os actores desta pesquisa. Trata-se de um processo que tem em vista a consolidação de políticas e práticas de acompanhamento, bem como a definição de um modelo local de supervisão das práticas clínicas de enfermagem no Hospital Pedro Hispano, S.A..

Ficámos conscientes de algumas limitações que este estudo apresentou no decorrer de todo o processo. São precisamente as limitações seguidamente descritas que fazem surgir novas motivações para outros possíveis desenvolvimentos.

Sendo conhecido que existe algum défice na investigação sobre estas matérias, seria interessante efectuar um estudo mais abrangente que envolvesse todos os enfermeiros a exercer funções no Hospital Pedro Hispano. Obter-se-iam eventualmente resultados mais próximos da realidade institucional, para além de se conseguir envolver toda a população neste tipo de dinâmica.

Uma outra perspectiva seria estabelecer um estudo “multi-caso”, que poderia envolver esta mesma instituição e outra de características similares. A comparação entre universos distintos poderia ser útil para a constituição de uma matriz de saberes mais sólidos sobre esta temática.

A existência de um número considerável de dimensões em análise pode ter interferência nos resultados devido às limitações do investigador e do tipo de estudo em que pensamos ser inexequível tomar todos os factores em consideração.

Como o processo de desenvolvimento profissional e pessoal começa na própria escola, pensamos razoável que alguns estudos também abordem esta dimensão, no sentido de se iniciar um processo de conhecimento e preparação dos profissionais ainda no decurso da formação inicial.

Temos conhecimento, por exemplo, que diversos *curricula* dos actuais cursos de licenciatura em enfermagem incorporam disciplinas orientadas para o desenvolvimento pessoal e interpessoal, em contexto de trabalho e sócio-antropologia da saúde.

Com a realização deste trabalho podemos concluir que poderão existir muitas áreas de atenção para futuros estudos, dada a fase incipiente em que se encontra a supervisão das práticas clínicas de enfermagem no nosso País. Por isso, sendo conhecido que é deficitária a investigação sobre estas problemáticas, pensamos ter contribuído de alguma forma para motivações em outros estudos que se venham a realizar nesta área.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. CANÁRIO, Rui (Ed.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 147-168
- ABREU, Wilson (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.
- ABREU, Wilson (2002). *Metodologias do Ensino da Especialidade, área da Enfermagem*. (documentos de apoio facultados nas sessões lectivas sobre Supervisão Clínica em Enfermagem). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- ABREU, Wilson (2002a). *Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. Revista Sinais Vitais, Coimbra: Editora Formasau, 45 (11), 53-57.
- ABREU, Wilson (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Colecção Cadernos Sinais Vitais, nº. 1. Coimbra: Editora Formasau.
- ADAM, Evelyn (1979). *Ser Enfermeira*. Colecção Medicina e Saúde. 1ª. Edição. Lisboa: edição do Instituto Piaget.
- ALARCÃO, Isabel (1991). *Reflexão Crítica sobre o pensamento de Donald Schön e os programas de formação de professores*. Porto: Porto Editora, cadernos CIDInE, (pp. 5-22).
- ALARCÃO, Isabel (1996). Ser professor reflexivo. In ALARCÃO, I. (Org.) *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora, cadernos CIDInE.
- ALARCÃO, Isabel (1999). Um olhar reflexivo sobre a Supervisão. In *Actas do I Congresso Nacional de Supervisão*, (pp.256-266). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José (1987). *Supervisão da Prática Pedagógica, uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica, uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª edição. Coimbra: Livraria Almedina.
- ANDREWS, M.; WALLIS, M. (1999). Mentorship in nursing: a literature review. In *Journal of Advanced Nursing*, England, 29(1), 201-207.
- ARTHUR, D.; THORNE, S. (1998). Professional self-concept of nurses: a comparative study of four strata of nursing students in a canadian university. In *Nurse Education Today*, nº.18, 380-388.
- ASSEIRO, M. Lurdes (2001). Formação em Enfermagem: modelos de formação. (comunicação pública no I Congresso da Ordem dos Enfermeiros em Dezembro). Lisboa: texto policopiado.
- ATKINSON, Leslie D.et al (1989). *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- BABCOCK, D.E.; MILLER, M.A. (1996). Critical Thinking Applied to Nursing. Missouri: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, Mosby.
- BAIN, Louise (1996). Preceptorship: a review of the literature. In *Journal of Advanced Nursing*, England, 24, 104-107.
- BARDIN, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BASTO, Marta L. ; MAGÃO, Maria T. (2001). Práticas de Enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. In *Revista Investigação em Enfermagem*, Coimbra, 4 (08), 3-11.
- BENNER, Patrícia (1984) – *From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, California.
- BENNETT, Jenny, et al (2001). Implementing clinical supervision in a NHS Community trust-sharing: the vision. In: CUTCLIFFE, et al (2001) (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.

- BENTO, Maria da Conceição (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem, que identidade?* Lisboa: Edições Fim de Século.
- BERNARD, M. Janine; GOODYEAR, Rodney (1998). *Fundamentals of Clinical Supervision*. Second edition, Boston: Allyn and Bacon.
- BISHOP, Verónica (1998). *Clinical Supervision in Practice*. London: Palgrave.
- BOAVISTA, Anabela (2000). Qualidade Organizacional Hospitalar: protocolos e manuais de acreditação de hospitais com *King's Fund H.Q.S.* (documento WWW)
<http://www.iqs.pt/boletim1.html>
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BOYKIN, A.; SCHOENHOFER, S. (2001). *Nursing as Caring: A model for transforming practice*. National League for Nursing. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- BOND, Meg; HOLLAND, Stevie (1998). *Skills of Clinical Supervision for Nurses*. Philadelphia: Open University Press.
- BUTTERWORTH, T. (1992). Clinical supervision as a emerging idea in nursing. In BUTTERWORTH, T.; FAUGIER, J. (eds). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. London: Chapman & Hall.
- CACHAPUZ, A. (1997). Ensino e mudança conceptual: estratégias inovadoras de formação de professores. In E. SANTOS et al., *Temas de investigação*. pp.145- 164. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- CANÁRIO, Rui (1995). Gestão da escola: *Como elaborar o plano de formação? Cadernos de organização e gestão escolar*. Lisboa, Instituto de Inovação educacional.
- CANÁRIO, R.; ESTRELA, A.; FERREIRA, J. (1996). *Formação, saberes profissionais e situações de trabalho*. Actas do VI Colóquio Nacional, AFIRSE portuguesa, FPCE, Lisboa: Universidade de Lisboa.

- CANÁRIO, Rui (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In CANÁRIO, R. (ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 117-146). Porto: Porto Editora.
- CANÁRIO, Rui (1998). Prefácio. In COSTA, M.. *Formação e práticas geriátricas dos enfermeiros: estudo etnográfico*. (Texto Policopiado) Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, Faculdade de Pedagogia e Ciências da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- CANÁRIO, Rui (1999). Educação de adultos. Um campo e uma problemática. Lisboa, Educa-Formação.
- CANÁRIO, Rui (2000). Formação profissional: problemas e perspectivas de futuro. In *Fórum* 27, Jan-Jun, 125-139, Lisboa.
- CANÁRIO, Rui (2000^a). Aprendizagem ao longo da vida. Análise crítica de um conceito e de uma política. In *Psicologia da educação*. São Paulo, n.º.10/11, pp 29-52.
- CANAVARRO, J.P. (1997). *Paradigmas Organizacionais: Avaliação dos principais modelos de conceptualização teórica*. Tese de doutoramento. Coimbra: edição da Universidade de Coimbra.
- CARAPINHEIRO, Graça (1998). *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3^a. Edição. Porto: Editora Afrontamento.
- CARPENTER, D.; STREUBERT, H. (1999). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. Camarate, Lusociência.
- CASSEDY, Paul (2001). Clinical Supervision: visions from the classroom. In : CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- CASTLEDINE, George, et al (1988). *A prática de enfermagem*. Lisboa: Edição APE.
- CHIAVENATO, Idalberto (1992). *Recursos Humanos*. Edição compacta, 2^a. Edição. São Paulo: Editora Atlas.

- CIPE (2001). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- COLLIÈRE, Marie F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CORREIA, J. A. (1991). *Inovação pedagógica e formação de professores*. Porto: Edições Asa.
- CORREIA, J. A. (1996). *Sociologia da educação tecnológica*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CORREIA, J. A. (1996). *Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de pensar na sua articulação*. In: CANÁRIO, R. (org.) *Formação, saberes profissionais e situações de trabalho*. Porto, Porto editora.
- CORREIA, J. A. (1999). *Formação de professores. Da racionalidade instrumental à acção comunicacional*. Cadernos Correio Pedagógico. Porto: Edições Asa.
- COREY, G. et al, (1998). *Issues and Ethics in the helping Professions*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- COSTA, Maria Arminda Mendes (1998). *Enfermeiros, Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Edições Fim de Século, Colecção Saúde.
- COSTA, Maria Arminda Mendes (2000). *Formação e práticas geriátricas dos enfermeiros: estudo etnográfico*. (Texto Policopiado) Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, Faculdade de Pedagogia e Ciências da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- COTTRELL, S.B. (2000a). *A Comparison of the roles of leader, manager and clinical supervisor*. (documento WWW) URL <http://www.clinicalsupervision.com/rol%20comparison.htm>
- COTTRELL, S.B. (2000). *Draft Policy for Clinical Supervision*. (documento WWW). URL <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>

- COVEY, Stephens R. (1999). *The Hospital, leadership and rools*. 1st edition, London: Namara Trend Coo..
- CUTCLIFFE, John R., et al (2001) (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge.
- CUTCLIFFE, John R. (2001). An alternative training approach in clinical supervision. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- DE KETELE, J.; ROEGIERS, X. (1993). *Metodologia da Recolha de Dados. Fundamentos dos métodos de observação, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, Colecção Epistemologia e Sociedade.
- D'ESPINEY, Luísa (1996). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto hospitalar. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 169-188). Porto: Porto Editora.
- DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA 2003 (2002). Porto: Porto Editora.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (1998). *O Hospital Português*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DONAHUE, M. P. (1985). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Mosby Company, Harcovers.
- DREVER, Eric (1995). *Using Semi-Structured Interviews in Small-Scale Research: a teacher's guide*. Glasgow: The Scottish Council for Research in Education.
- DUBAR, Claude (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- DUBAR, Claude (1997). Formação Trabalho e Identidades Profissionais. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 43-52). Porto: Porto Editora.

- DUFOUR, R.; EAKER, R. (1998). *Professional learning Communities at Work*. Indiana: National Educational Service.
- ELHART, Dorothy, et al (1983). *Princípios Científicos de Enfermagem*. 8ª. Edição. Lisboa: editora portuguesa de livros técnicos e científicos.
- ELLIS, Janice R.; HARTLEY, Celia L. (1998). *Enfermagem Contemporânea: desafios, questões e tendências*. 5ª. Edição. Porto Alegre: editora Artmed.
- ERICKSON, F., (1986). Qualitative Methods in Research on Teaching. In, WITTROCK, W.C. (ed), *Handbook of research on teaching* (119-161). New York: Macmillan.
- FALVEY, Janet Elizabeth (2002). *Managing Clinical Supervision: ethical practice and legal risk management*. Canada: Brooks/Cole, Thomson Learning.
- FERREIRA, F. G. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FERREIRA, J.M, et al (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: MacGrawHill.
- FERREIRA, Pedro Lopes (2002). *Como vê o seu hospital? A voz dos doentes*. Documento policopiado dos resultados de respostas a instrumento de avaliação da qualidade hospitalar. Matosinhos: Hospital Pedro Hispano.
- FISH, Della; TWIN, Sheila (1997). *Quality Clinical Supervision in Health Care Professions: principal approaches to practice*. London: Butterworth-Heineman.
- FODDY, William (1996). *Como Perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1996). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Décarie Éditeur, tradução Lusociência.

- FORTIN, Marie-Fabienne (1999). O Contributo da Investigação no desenvolvimento dos Conhecimentos em Ciências de Enfermagem. *In Revista de Investigação em Enfermagem*, 1 (02), 61-69, Coimbra.
- FRAWLEY-O'DEA, Mary Gail (2001). *The Supervisory Relationship: a contemporary psychodynamic approach*. New York: The Gullford Press.
- FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. 1ª. Ed., edição Sinais Vitais. Coimbra: Colecção Complementos.
- FULLER, Jim; FARRINGTON, Jeanne (2001). *Da formação ao aperfeiçoamento do desempenho*. Coimbra: Edições Quarteto.
- GARCIA-LOCQUENEUX, J.; MARC, E. (1995). *Guia de métodos e prática em formação. Horizontes Pedagógicos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- GAUTHIER, *et al* (1998). *Pesquisa em enfermagem. Novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.
- GAUTHIER, B. *et al* (2003). *Investigação social. Da problemática à colheita de dados*. Loures, Lusociência.
- GIL, António C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992). *O inquérito, teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. (1994). Competing Paradigms in Qualitative research. *In* DEZIN e LINCOLN, Y. *Handbook of Qualitative Research*. Sage (105-117), London.
- GUILMORE, Annette, (2001). Clinical Supervision in Nursing and Health Visiting. *In*: CUTCLIFFE, *et al* (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.

- GUSKEY, R. Thomas (2000). *Evaluating Professional Development*. California: Corwin Press, Inc..
- HADFIELD, Denise (2001). Implementing Clinical Supervision. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- HART, Chris (1998). *Doing a literature review: releasing the social science reserach imagination*. London: Sage Publications.
- HAWKINS, P.; SHOET, R. (1989). *Getting the support and supervision you need: supervision in the helping professions*. Buckingham: Open University Press.
- HENNEZEL, Marie (2000). *Diálogo com a Morte*; 4ª. Ed.. Lisboa: Editorial Notícias.
- HESBEEN, Walter, 2000. *Cuidar no Hospital*. Loures, Lusociência.
- HESBEEN, Walter, 2001. *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures, Lusociência.
- HOLLOWAY, Elizabeth (1995). *Clinical Supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications.
- HOSPITAL DISTRITAL DE ANADIA (1992). *Circular Informativa Nº. 3/91 e Documentos da Organização Mundial de Saúde*. Anadia.
- HOSPITAL DISTRITAL DE ANADIA (2000). Regulamento do Hospital. In “*Boletim Informativo*”, Nº6/00, Conselho de Administração, Anadia.
- HOSPITAL DISTRITAL DE ANADIA (2001). Processo de Acreditação. In “*Boletim Informativo*”, Nº.13/01, Conselho de Administração, Anadia
- HOSPITAL PEDRO HISPANO, S.A. (2001). *Manual de Integração Geral de Funcionários*. Texto policopiado. Matosinhos: Hospital Pedro Hispano.

- HYRKÄS K.; PAUNONEM, M. (2001). Clinical supervision in Finland – history, education, research and theory. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- JESUS, Saul N., (s.d.). *Motivação e formação de professores*. Coleção nova era, educação e sociedade. Coimbra: Edições Quarteto.
- JOHNS, Christopher (2000). *Becoming a Reflective Practitioner*. London: Blackwell Science editions.
- JONES, Alun (2001). Possible Influences on Clinical Supervision. In *Nursing Standard*, 16 (1), 38-42, London.
- KOHNER, Nancy (1994). *Clinical Supervision in Practice*. London: King's Fund Center.
- KROLL, L. (1998). The Effect of a School-University Partnership on the Student teaching Experience. In: *Teacher Education Quarterly*, n. ° 24 (1), 37-52, London.
- KURCGANT, P., et al. (1991). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- LESSARD-HÉBERT, M. e tal, (1994). *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LONG, Ann, et al (2001). Clinical Supervision. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- LONGARITO, Clementina S. (2002). O ensino clínico: A importância da orientação e a construção do saber profissional. In *Revista Investigação em Enfermagem*, 5 (02), 26-33, Coimbra.
- LOPES, Armandina; NUNES, Lúcia (1995). *Acerca da Trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e ética*. Nursing, 8, (90-91), pp. 10 – 12.

- MAIA, P. ; ABREU, W. (2004). *Supervisão clínica em enfermagem: uma abordagem centrada na reflexão, formação e qualidade das práticas. Relatório síntese do projecto de intervenção*. Matosinhos: Hospital Pedro Hispano.
- MALGLAIVE, Gérard (1997). Formação e saberes profissionais: entre a teoria e a prática. In CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 53-60). Porto: Porto Editora.
- MALGLAIVE, Gérard (1999). *Ensinar adultos*. Colecção Ciências da Educação, nº.16. Porto: Porto Editora.
- MARKHAM, Turner (1998) *What is Clinical Supervision?* (documento WWW). URL <http://212.219.28.19/students/school12/PIP/Supervision/What.htm>
- MASLACH, C.; LEITER, M. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. California: Jossey-Bass Publishers.
- MEGGINSON, C. Leon (1986). *Administração, Conceitos e Aplicações*. São Paulo: Harper e Row do Brasil.
- MERRIAN, S.B. (1988). *The Case Study Research in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- MORIN, Edgar (2001). *O desafio do século XXI,: Religar os Conhecimentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- MORTON-COOPER, Alisan; PALMER, Anne (2000). *Mentoring, Preceptorship and Clinical Supervision: a guide to professional support roles in clinical practice*. 2nd edition. London: Blackwell Science.
- MOULE, Pamela (1999). Contracting for Nurse Education: nurse leader experiences and future visions. In *Nurse Education Today*, 19, 164-171, London.
- MOURÃO, Alberto (1991). *Os Hospitais da Universidade de Coimbra*. Coimbra: Edição da Imprensa de Coimbra.

- MUNSON, Carlton E. (2002). *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. Third edition. London: The Haworth Press.
- NEVES, Arminda (1991). Gestão da Mudança Organizacional. In “*Dirigir*”, nº.21(p.19 - 24), Porto.
- NOLAN, M.; Smit, S. (2001). Maintaining quality care in the independent sector: clinical supervision, a key piece of a jigsaw?. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- NORTHCOTT, Nigel (2000). Clinical Supervision – Professional Development or Management. In SPOUSE, Jenny; REDFERN, Liz (2000), *Successful Supervision in Health Care Practice*. Oxford: Blackwell Sciences.
- NUNES, Rui; REGO, Guilhermina (2002). *Prioridades na Saúde*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.
- OOIJEN, Els Van (2000). *Clinical Supervision: a practical approach*. London: Churchill Livingstone.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). *Divulgar*. Lisboa: Brochura do Conselho de Enfermagem.
- ORLEY, J (1994). The World Health Organization quality of life Project, In TRIMBLE, M. R.; DODSON, W.E. (org) *Epilepsy and quality of life*. New York: Raven Press, 99.
- PARDAL, Luís; CORREIA, Eugénia (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal editores.
- PEPLAU, Hildegard E. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.
- PHANEUF, Margot (1999). *O Acompanhamento Sistemático das Clientelas*. Coimbra: Edição da Associação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica.

PORTUGAL, Assembleia da Republica - Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, Diário da Republica, Lisboa, I Série, de 24 de Agosto de 1990.

PORTUGAL, Ministério da Administração Interna – Decreto-Lei 34/84, Diário da República, Lisboa, I Série, de 16 de Janeiro de 1984.

PORTUGAL, Ministério da Educação – Decreto-Lei n.º 185/81, Diário da República, Lisboa, I Série, 1 de Julho.

PORTUGAL, Ministério da Educação – Decreto-Lei n.º 480/88, Diário da República, Lisboa, I Série, de 23 de Dezembro de 1988.

PORTUGAL, Ministério da Educação – Decreto-Lei n.º 353/99, Diário da República, Lisboa, I Série, 3 de Setembro.

PORTUGAL, Ministério da Educação – Portaria n.º 799-D/99, Diário da República, Lisboa, I Série, de 18 de Setembro de 1999.

PORTUGAL, Ministério do Trabalho e da Solidariedade – Decreto Regulamentar n.º 35/2002, Diário da República, Lisboa, I Série, de 23 de Abril.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Decreto Regulamentar N.º 3/88, Diário da Republica, Lisboa, I Série, de 19 de Janeiro de 1988.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 37418/49, Diário do Governo, Lisboa, de 18 de Maio.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 305/81, Diário da República, Lisboa, I Série, de 12 de Novembro.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 178/85, Diário da República, Lisboa, I Série, de 23 de Maio.

- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Decreto-Lei 437/91, Diário da Republica, Lisboa, I Série (257), 8 de Novembro de 1991.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 161/96, Diário da República, Lisboa, I Série, de 4 de Setembro de 1996.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 104/98, Diário da República, Lisboa, I Série, de 21 de Abril de 1998.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 124/98, Diário da República, Lisboa, I Série, de 12 de Agosto.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Portaria n.º 1096/2001, Diário da República, Lisboa, I Série (212), de 12 de Setembro.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Deliberação n.º 592/2001, Diário da República, Lisboa, II Série de 8 de Abril.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 283/2001, Diário da República, Lisboa, I Série, de 10 de Dezembro.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 27/2002, Diário da República, Lisboa, I Série de 8 de Novembro.
- Portugal, Ministério da Saúde (1998). *Saúde: um compromisso. A estratégia da saúde para o virar do século*. Lisboa: direcção Geral da Saúde.
- PORTUGAL, Ministério da Educação e Ministério do Trabalho e da solidariedade (1998). Carta magna. Educação e Formação ao Longo da Vida. Lisboa: edição da Comissão nacional para o Ano da educação e Formação ao Longo da Vida.
- PROCTOR, Anne (1994). Supervision Strategies and their Applications in the School Context. In: WILKIN & SANKEY (eds), *Collaboration and Transition in Initial Teacher Training*, (136-150). London: Kogan Page Editions.

- PROCTOR, Brigid (2001). Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. (1996). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RICHARDSON, E.; KEMP, N. (1995). *A garantia da Qualidade no Exercício da Enfermagem*. Lisboa: ButterWorth/Heinemann,
- ROPPER, Nancy et al (1981). *Learning to use the process of nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- ROUNDS, L. (2001). A North American perspective on clinical supervision. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- RYAM, Tom (1998). *Clinical Supervision In Mental Health Nursing*. London (Documento WWW). URL <http://www.clinicalsupervision.com>
- SÁ-CHAVES, Idália (1994). *A construção do conhecimento pela análise reflexiva da Praxis*. (tese de Doutoramento). Aveiro: T.F., secção autónoma do D.T.E.: Universidade de Aveiro.
- SÁ-CHAVES, Idália (1997). *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora.
- SÁ-CHAVES, Idália (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão*. Porto: Porto Editora.
- SALE, Diana (2000). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: para os profissionais das equipas de saúde*. Lisboa: Edições Principia.
- SANSAULIEU, Renaud (1997). *Sociologia da Empresa: Organização, Cultura e Desenvolvimento*. Lisboa: Instituto Piaget.

- SARAIVA, J. Hermano (1993). *O tempo e a alma*. Vol. I e II. Lisboa: Publicações Alfa.
- SCHÖN, Donald (1990). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- SEIDMAN, Irving (1998). *Interviewing as Qualitative research: a guide for researchers in education and social sciences*. New York: Teachers College Press, 2nd edition, Columbia University.
- SILVA, C. F. (1994). *Distúrbios do sono em trabalhadores por turnos, factores psicológicos e cronobiológicos* – dissertação de doutoramento em psicologia clínica. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia.
- SIMÕES, Jorge A.(1993). *As Reformas da Saúde*. Lisboa: In *Gestão Hospitalar* n.º 36.
- SMITH, Georgina; COTTRELL, S.B. (2000). *Suspicion, Resistance, Tokenism and Mutiny: Problematic Dynamics Relevant to the Implementation of Clinical Supervision in Nursing*. (documentoWWW) URL <http://www.clinicalsupervision.com/Implementation%20of%20clinical%supervisio>
- SMITH, Georgina; COTTRELL, SB, (s.d.). *The development of Models of Nursing ClinicalSupervision*.(documentoWWW).URL <http://www.clinicalsupervision.com/development%20of%20clinical%supervision.htm>
- SMITH, Paul, (2001). Clinical Supervision: My path towards clinical excellence in mental health nursing. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- SOARES, Maria I., (1993). *Da blusa de brim à touca branca. Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal 1880-1950*. Tese de mestrado em ciências da educação, área de pedagogia na saúde. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- SOUSA, Marcelo R. (2000). *Constituição da República Portuguesa*. Lisboa: Edição Lex.

- STAKE, R. (1994). Case Studies. In DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (edits), *Handbook of Qualitative research*, (p. 236-248). London: Sage Publications.
- TUCMAN, B (1994). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: serviço de educação, Fundação Calouste Gulbenkian.
- UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING (1996). *Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and health Visiting*. Documento. URL www.clinical-supervision.com/clinsup.html].
- VALA, J. (1986). A Análise de Conteúdo. In SILVA, A.; PINTO, J.M. (orgs.), *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- VALSECCHI, Elizabeth (1999). *Fundamentos de Enfermagem: incidentes críticos relacionados no estágio supervisionado*. Tese de Mestrado (texto policopiado). São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- YEGDICH, Tania, (2001). An Australian Perspective on Clinical Supervision. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- YIN, R. (1989). *Case Study Research, design and methods; applied social research methods series*. Vol.5. London: Sage publications.
- WARD, Nikki (2002). Specialist network improves MS practice In *Nursing Times*, vol 98, nº.30, July, London.
- WATSON, Jean (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WEBB, Yvonne (2002). Nursing the nurses: why staff need support? In *Nursing Times*, vol 98, nº.16, April, London.
- WILKIN, Margaret; SANKEY, Derek (1994). *Collaboration and transition in initial teacher training*. London: Kogan Page Editions.

- WILKINS, Kate (2000). A bereavement service in a critical care unit. In *Nursing Times*, vol 96, nº. 45, November, London.
- WILLIANS L.; HARVEY, G. (2001). Implementing clinical supervision in a large acute NHS trust: starting from scratch. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- WINSTANLEY, J. (2001). Developing methods for evaluating clinical supervision. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- WREN, J. et al (2001). Clinical supervision for nurse educationalists: personal perspectives from a postgraduate mental health-nursing course. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.

ANEXOS

Anexo I – Questionário utilizado para colheita de dados

Universidade de Aveiro

**Supervisão Clínica e Desenvolvimento das
Competências Profissionais
Dos Enfermeiros**

QUESTIONÁRIO

Custódio Sérgio Cunha Soares

Janeiro de 2003

Caro colega:

Sou Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a exercer funções no Hospital Distrital de Anadia. Neste local de trabalho, tenho-me preocupado com a forma como alunos e enfermeiros desenvolvem a sua prática e a formação profissional.

Estando actualmente a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, pretendo desenvolver um estudo nesta área com a finalidade de constituir um subsídio para a definição de um modelo de Supervisão das Práticas Clínicas em Enfermagem, sob a orientação do Professor Doutor Wilson Correia de Abreu.

Para efeitos de realização deste estudo, Supervisão Clínica em Enfermagem é um processo de regulação, orientação e suporte profissional dos enfermeiros e alunos em ensino clínico, o enfermeiro responsável pela orientação das práticas clínicas é a figura que dá suporte e apoio para o desenvolvimento das mesmas.

Venho fazer apelo à sua colaboração, no preenchimento deste questionário, sem o qual a finalidade proposta não será atingida.

Recomendo que leia atentamente as instruções. Após o seu preenchimento, coloque-o novamente no envelope fornecido, feche-o entregue ao seu enfermeiro(a) chefe ou responsável na unidade.

Mais informo que o presente questionário é anónimo. Não deve escrever a sua identificação em qualquer parte deste questionário ou envelope, sendo garantida a máxima confidencialidade das respostas.

Por favor expresse a sua mais sincera opinião!

Para saber resultados desta pesquisa, não hesite em contactar-me!

Agradeço-lhe desde já a sua disponibilidade na colaboração neste estudo.

Os meus melhores cumprimentos,

Sérgio Soares

Hospital Distrital de Anadia

Tel. 231510420

INSTRUÇÕES

- Utilize letra legível nas respostas abertas;
- Faça uma cruz na resposta que pensa ser a mais próxima da sua opinião;
- Não é um teste, pelo que não há respostas certas ou erradas;
- Nas questões abertas, por favor, seja o mais explícito e completo possível;
- Demore o tempo necessário em cada resposta para que esta seja o resultado de uma reflexão pessoal;
- No final, verifique se respondeu a todas as questões, dobre-o e coloque-o no interior do envelope fornecido encerrando-o;
- Não esqueça: **NÃO SE IDENTIFIQUE!** Este questionário é anónimo.

Códigos
Não preencher

PARTE I – Caracterização

1. Sexo:

1.1. Masculino

1

☐

1.2. Feminino

2

☐

2. Idade

☐

menos de 25 anos

☐

1

26-30 anos

☐

2

31-35 anos

☐

3

36-40 anos

☐

4

41-45 anos

☐

5

46-50 anos

☐

6

51-55 anos

☐

7

56-60 anos

☐

8

mais de 61 anos

☐

9

3. Estado civil:

☐

- | | | |
|-----------------|---|--------------------------|
| 3.1. Solteiro | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 3.2. Casado | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3.3. Viúvo | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 3.4. Divorciado | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 3.5. Outro | 5 | <input type="checkbox"/> |

4. Concelho onde habita: _____

5. Formação académica e profissional:

☐

5.1. Formação graduada:

- | | | |
|---------------------|---|--------------------------|
| 5.1.1. Bacharelato | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 5.1.2. Licenciatura | 2 | <input type="checkbox"/> |

5.2. Formação pós-básica/pós-graduada:

5.2.1. Curso de Especialização

☐

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| Sim | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Não | 2 | <input type="checkbox"/> |

5.2.2. Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem

☐

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| Sim | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Não | 2 | <input type="checkbox"/> |

5.2.3. Curso de Mestrado

☐

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| Sim | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Não | 2 | <input type="checkbox"/> |

5.3. Outras licenciaturas

☐

- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| Sim | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Não | 2 | <input type="checkbox"/> |

6. Carreira profissional

6.1. Tempo global de serviço:

- menos de 1 ano ☐ 1
- 1-5 anos ☐ 2
- 6-10 anos ☐ 3
- 11-15 anos ☐ 4
- 16-20 anos ☐ 5
- 21-25 anos ☐ 6
- mais de 26 anos ☐ 7

6.2. Tempo de serviço neste hospital:

- menos de 1 ano ☐ 1
- 1-5 anos ☐ 2
- 6-10 anos ☐ 3
- 11-15 anos ☐ 4
- 16-20 anos ☐ 5
- 21-25 anos ☐ 6
- mais de 26 anos ☐ 7

6.3. Tempo de serviço na unidade actual:

- menos de 1 ano ☐ 1
- 1-5 anos ☐ 2
- 6-10 anos ☐ 3
- 11-15 anos ☐ 4
- 16-20 anos ☐ 5
- 21-25 anos ☐ 6
- mais de 26 anos ☐ 7

6.4. Serviço ou unidade _____

6.5. Qual o seu título profissional?

6.5.1. Enfermeiro

1 ☐

☐

6.5.2. Enfermeiro graduado

2 ☐

6.5.3. Enfermeiro especialista

3 ☐

6.5.4. Enfermeiro chefe

4 ☐

6.5.5. Enfermeiro supervisor

5 ☐

7. Trabalha noutra local fora do hospital?

☐

7.1. Não

1 ☐

7.2. Sim

2 ☐

8. Qual o tipo de horário que pratica no hospital?

☐

8.1. Fixo

1 ☐

8.2. Turnos

2 ☐

PARTE II – Formação

9. Qual o número de horas que utilizou para assistir a acções de formação do Departamento de Formação do Hospital, ou sua unidade, em 2001?

☐

0 horas	<input type="checkbox"/>	1
1-7 horas	<input type="checkbox"/>	2
8-14 horas	<input type="checkbox"/>	3
15-21 horas	<input type="checkbox"/>	4
22-28 horas	<input type="checkbox"/>	5
29-35 horas	<input type="checkbox"/>	6
mais de 35 horas	<input type="checkbox"/>	7

10. Com que frequência costuma ler revistas, técnicas e científicas da área da enfermagem?

Nunca leio	Leio com pouca frequência	Leio com frequência	Leio com muita frequência	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	

11. Que tema ou temas desenvolveu e apresentou em acções de formação no hospital ou na sua unidade em particular?

12. Pertence a algum grupo de trabalho (**comissão ou outros**) no hospital?

☐

12.1. Não

1 ☐

12.2. Sim

2 ☐

12.3. Quais? _____

13. Foi-lhe proporcionado formalmente, pelo actual serviço, algum tempo de integração?

☐

13.1. Não, não me foi dado qualquer tempo de integração.

1 ☐

13.2. Sim, foi-me proposto um tempo de integração.

2 ☐

13.3. Sim, mas esse tempo revelou-se insuficiente.

3 ☐

14. Já foi alguma vez solicitado para orientar ensino clínico de alunos?

☐

14.1. Não.

1 ☐

14.2. Sim, em estádios iniciais do curso.

2 ☐

14.3. Sim, em estádios avançados do curso.

3 ☐

14.4. Sim, nos vários estádios de cursos

4 ☐

15. Considera que os alunos em ensino clínico necessitam de acompanhamento, orientação e suporte por parte de **um enfermeiro do serviço**?

☐

1	2	3	4	5
nunca	raras vezes	por vezes	muitas vezes	sempre

16. Independentemente da sua resposta, quem deve ser o enfermeiro, com as características que considera apropriadas, para a orientação do ensino clínico?

☐

16.1. Enfermeiro

1

☐

16.2. Enfermeiro graduado.

2

☐

16.3. Enfermeiro especialista.

3

☐

16.4. Enfermeiro chefe.

4

☐

16.5. Enfermeiro supervisor do hospital.

5

☐

17. O enfermeiro orientador do ensino clínico, na sua opinião, deve ser:

☐

17.1. Enfermeiro cooperante com a escola mas ligado ao hospital.

1

☐

17.2. Enfermeiro cooperante com o hospital mas não ligado ao hospital

2

☐

17.3. Ser docente da escola.

3

☐

17.4. É-me indiferente

4

☐

PARTE III – Reflexão das Práticas

18. Das que a seguir se apresentam, identifique quais as dificuldades que já sentiu ao prestar cuidados junto de um doente ou família?

18.1. Dificuldades na relação de ajuda.

☐

18.1.1. Sim

1

☐

18.1.2. Não

2

☐

18.2. Dificuldades na compensação/reposição do seu estado de saúde.

☐

18.2.1. Sim

1 ☐

18.2.2. Não

2 ☐

18.3. Dificuldades em abordar situações de doentes terminais.

☐

18.3.1. Sim

1 ☐

18.3.2. Não

2 ☐

18.4. Dificuldades em diagnosticar os problemas de enfermagem.

☐

18.4.1. Sim

1 ☐

18.4.2. Não

2 ☐

18.5. Dificuldades na comunicação.

☐

18.5.1. Sim

1 ☐

18.5.2. Não

2 ☐

18.6. Dificuldades em abordar situações de doentes com SIDA.

☐

18.6.1. Sim

1 ☐

18.6.2. Não

2 ☐

18.7. Dificuldades em aspectos técnicos.

☐

18.7.1. Sim

1 ☐

18.7.2. Não

2 ☐

18.8. Dificuldades por ter alunos ou outros a observar-me.

☐

18.8.1. Sim

1 ☐

18.8.2. Não

2 ☐

18.9. Outras dificuldades.

☐

18.9.1. Sim

1 ☐

18.9.2. Não

2 ☐

19. Das áreas que identificou na questão anterior, qual ou quais, necessita de formação e acompanhamento para o seu desenvolvimento pessoal e profissional?

19.1. Dificuldades na relação de ajuda.

☐

19.1.1. Sim

1

☐

19.1.2. Não

2

☐

19.2. Dificuldades na compensação/reposição do seu estado de saúde.

☐

19.2.1. Sim

1

☐

19.2.2. Não

2

☐

19.3. Dificuldades em abordar situações de doentes terminais.

☐

19.3.1. Sim

1

☐

19.3.2. Não

2

☐

19.4. Dificuldades em diagnosticar os problemas de enfermagem.

☐

19.4.1. Sim

1

☐

19.4.2. Não

2

☐

19.5. Dificuldades na comunicação.

☐

19.5.1. Sim

1

☐

19.5.2. Não

2

☐

19.6. Dificuldades em abordar situações de doentes com SIDA.

☐

19.6.1. Sim

1

☐

19.6.2. Não

2

☐

19.7. Dificuldades em aspectos técnicos.

☐

19.7.1. Sim

1

☐

19.7.2. Não

2

☐

19.8. Dificuldades por ter alunos, ou outros, a observarem-me.

☐

19.8.1. Sim

1

☐

19.8.2. Não

2

☐

19.9. Outras dificuldades que necessita de formação (**especifique**).

20. Quando tem dificuldades em prestar determinado cuidado a um doente há sempre alguém que ☐ está disponível para consultar, para o orientar, apoiar e ajudar?

20.1. Não 1 ☐

20.2. Sim 2 ☐

21. O desenvolvimento das práticas profissionais fazem imergir um conjunto de problemas inerentes à complexidade das mesmas. Quando sente dificuldades no decurso da prestação de cuidados, quem costuma consultar?

21.1. Enfermeiro		<input type="checkbox"/>
21.1.1. Sim	1 <input type="checkbox"/>	
21.1.2. Não	2 <input type="checkbox"/>	
21.2. Enfermeiro graduado		<input type="checkbox"/>
21.2.1. Sim	1 <input type="checkbox"/>	
21.2.2. Não	2 <input type="checkbox"/>	
21.3. Enfermeiro especialista		<input type="checkbox"/>
21.3.1. Sim	1 <input type="checkbox"/>	
21.3.2. Não	2 <input type="checkbox"/>	
21.4. Enfermeiro chefe		<input type="checkbox"/>
21.4.1. Sim	1 <input type="checkbox"/>	
21.4.2. Não	2 <input type="checkbox"/>	
21.5. Enfermeiro supervisor do hospital		<input type="checkbox"/>
21.5.1. Sim	1 <input type="checkbox"/>	
21.5.2. Não	2 <input type="checkbox"/>	
21.6. Psicólogo		<input type="checkbox"/>
21.6.1. Sim	1 <input type="checkbox"/>	
21.6.2. Não	2 <input type="checkbox"/>	
21.7. Médico		<input type="checkbox"/>
21.7.1. Sim	1 <input type="checkbox"/>	
21.7.2. Não	2 <input type="checkbox"/>	

22. Para si, que grau de importância atribui às características, que esta figura de suporte, de ajuda, de supervisão, apoio e consulta deverá ter?

	1 nada importante	2 pouco importante	3 importante	4 muito importante
22.1. Ter disponibilidade permanente				
22.2. Saber ouvir				
22.3. Ser assertivo				
22.4. Ser confidente				
22.5. Saber avaliar				
22.6. Ter conhecimentos técnicos e científicos				
22.7. Ser meu amigo pessoal				
22.8. Ter conhecimentos sobre relações humanas				
22.9. Ser um profissional do mesmo sexo				
22.10. Não importa as características da pessoa				

22.11. Que outras características ou atributos pensa que esta figura deve ter (**especifique**).

23. A organização hospitalar onde está inserido tem, de alguma forma, ajudado na resolução das suas dificuldades no exercício profissional?

☐

23.1. Não, nunca me ajudaram.

1 ☐

23.2. Sim, ajudam-me quando solicito ajuda.

2 ☐

23.3. Sim, ajudam-me mesmo quando não solicito ajuda.

3 ☐

23.4. Se **SIM** (questões **23.2.** ou **23.3.**), é capaz de descrever a forma como é feita a ajuda?

24. Os seus problemas pessoais afectam o seu exercício profissional?

1	2	3	4	5
nunca	raras vezes	por vezes	muitas vezes	sempre

25. Na sua perspectiva, os problemas pessoais dos seus colegas, afectam o exercício profissional por parte deles?

1	2	3	4	5
nunca	raras vezes	por vezes	muitas vezes	sempre

26. Os seus problemas decorrentes do seu exercício profissional afectam a sua vida pessoal?

1	2	3	4	5
nunca	raras vezes	por vezes	muitas vezes	sempre

27. Existe algum profissional no hospital, que costuma consultar, que lhe dê suporte ou apoio emocional, quando precisa e que o ajude no desenvolvimento das suas práticas?

☐

27.1. Não.

1

1

27.2. Sim.

2

2

27.3. Quem (que categoria ou sector profissional)? _____

28. Considera necessário a existência de alguém, institucionalmente ou formalmente identificado, no seu hospital, para consultar, dar apoio e suporte às suas necessidades?

☐

28.1. Não, definitivamente não é necessário.

1

1

28.2. Sim, em termos de prestação de cuidados.

2

2

28.3. Sim, em termos de apoio emocional.

3

3

28.4. Sim, em termos de prestação de cuidados e apoio emocional.

4

4

(Se respondeu **NÃO**, pergunta **28.1.**, passe à questão **32**)

Códigos
Não preencher

29. Se respondeu **SIM**, na questão **28.2.**, quem considera que deveria ser o profissional a consultar, a dar apoio e suporte?

- | | | |
|---|----------------------|---|
| 29.1. Enfermeiro | <input type="text"/> | 1 |
| 29.2. Enfermeiro graduado | <input type="text"/> | 2 |
| 29.3. Enfermeiro especialista | <input type="text"/> | 3 |
| 29.4. Enfermeiro chefe | <input type="text"/> | 4 |
| 29.5. Enfermeiro supervisor do hospital | <input type="text"/> | 5 |
| 29.6. Psicólogo | <input type="text"/> | 6 |
| 29.7. Médico | <input type="text"/> | 7 |
| 29.8. Outro | <input type="text"/> | 8 |

30. Se respondeu **SIM**, na questão **28.3.**, quem considera que deveria ser o profissional a consultar, a dar apoio e suporte?

- | | | |
|---|----------------------|---|
| 30.1. Enfermeiro | <input type="text"/> | 1 |
| 30.2. Enfermeiro graduado | <input type="text"/> | 2 |
| 30.3. Enfermeiro especialista | <input type="text"/> | 3 |
| 30.4. Enfermeiro chefe | <input type="text"/> | 4 |
| 30.5. Enfermeiro supervisor do hospital | <input type="text"/> | 5 |
| 30.6. Psicólogo | <input type="text"/> | 6 |
| 30.7. Médico | <input type="text"/> | 7 |
| 30.8. Outro | <input type="text"/> | 8 |

31. Se respondeu **SIM**, na questão **28.4.**, quem considera que deveria ser o profissional a consultar, a dar apoio e suporte?

- | | | |
|---|----------------------|---|
| 31.1. Enfermeiro | <input type="text"/> | 1 |
| 31.2. Enfermeiro graduado | <input type="text"/> | 2 |
| 31.3. Enfermeiro especialista | <input type="text"/> | 3 |
| 31.4. Enfermeiro chefe | <input type="text"/> | 4 |
| 31.5. Enfermeiro supervisor do hospital | <input type="text"/> | 5 |
| 31.6. Psicólogo | <input type="text"/> | 6 |
| 31.7. Médico | <input type="text"/> | 7 |
| | <input type="text"/> | |

32. Na sua perspectiva, a qualidade das suas práticas fica afectada pela falta de suporte, apoio e orientação durante a prestação de cuidados?

☐

1	2	3	4	5
Nunca	Raras vezes	Por vezes	Muitas vezes	Sempre

33. No seu entender, a qualidade dos cuidados de enfermagem que presta aos seus doentes no seu hospital depende de:

	1 nada	2 pouco	3 bastante	4 muito
33.1. Ter alguém que possa consultar e dar apoio nas minhas dificuldades				
33.2. Estar satisfeito pessoalmente e profissionalmente				
33.3. Existir, no hospital, estratégias de suporte pessoal e profissional, se necessário				
33.4. Ter uma remuneração monetária compatível				
33.5. Obter respostas em termos de apoio na formação				
33.6. Frequentar cursos, congressos e jornadas				
33.7. Existir material clínico em quantidade suficiente				
33.8. Existir a figura do Enfermeiro Supervisor das Práticas Clínicas				
33.9. Existir um adequado ratio enfermeiro/doente				
33.10. Trabalhar em horário fixo				

34. Perante a necessidade de ser orientado, apoiado e supervisionado, no decorrer do desenvolvimento das suas práticas clínicas, atribua um grau de importância às seguintes afirmações:

	1 nada importante	2 pouco importante	3 importante	4 muito importante
34.1. Gostaria que a orientação fosse feita por um(a) enfermeiro(a)				
34.2. A orientação deveria ser feita mas de uma forma não sistematizada				
34.3. Gostaria de ser eu a escolher o orientador / supervisor				
34.4. Teria vergonha de confessar as minhas necessidades				
34.5. Não queria que ninguém soubesse das minhas necessidades				
34.6. Gostaria que tudo fosse escrito como um “contrato”				
34.7. Indicaria o enfº. especialista da minha unidade para me orientar				
34.8. Indicaria o meu/minha enfermeiro(a) chefe para me orientar				
34.9. Gostaria que fosse alguém externo ao meu serviço				
34.10. Gostaria que fosse alguém externo ao hospital				
34.11. Aceitaria ser supervisionado ou orientado nas minhas práticas				
34.12. Gostaria de ser orientado pelo menos durante 3 meses				
34.13. A orientação deveria ser feita mas de uma forma bem sistematizada				

	1 nada importante	2 pouco importante	3 importante	4 muito importante
34.14. Gostaria que fosse orientado/supervisionado a seguir ao período de integração				
34.15. Gostaria que me fizessem reflectir sobre as minhas práticas				
34.16. Gostaria que o limite de tempo de orientação ou supervisão fosse de comum acordo				
34.17. Aceitaria a orientação/supervisão desde que não tivesse efeitos na avaliação				
34.18. Aceitaria a orientação/supervisão desde que tivesse efeitos na avaliação				
34.19. Não queria que o responsável da unidade ou serviço, tivesse conhecimento				
34.20. Gostaria de ser orientado por fases com períodos de avaliação e correcção.				

O questionário terminou! Verifique se respondeu a todas as questões!

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

**Anexo II – Tratamento de informação das respostas à questão
(11.): “*Que tema ou temas, desenvolveu e apresentou em acções de
formação, no hospital ou na sua unidade em particular?*”**

Que tema ou temas desenvolveu e apresentou em acções de formação no hospital ou na sua unidade em particular?							
Questionário	CATEGORIAS ¹						
	A F²=80	B F=30	C F=16	D F=6	E F=9	F F=9	G F=5
1							
2	Suporte básico de vida Imobilização, rolamento e levante de doentes						
3					Implementação da folha de registo peri-operatório e recobro na cirurgia de ambulatório	Conflitos, agressões e violência no bloco operatório	
4			Esterilização				
5							
6				Funções dos enfermeiros no B.O.			
7							
8		Entubação orotraqueal					
9							Nunca me deram oportunidade de o fazer
10							
11		Manuseamento do ventilador mecânico e suas funções					
12							
13			Gestão de resíduos hospitalares		C.I.P.E.		
14		Ventilação não invasiva Terapêutica e cuidados específicos					

¹ **A.** Intervenções de enfermagem; **B.** Manuseamento e técnicas de equipamentos e materiais; **C.** Higiene, segurança e controle de infecção hospitalar; **D.** Funções de enfermeiros para áreas específicas; **E.** Gestão; **F.** Desenvolvimento da dimensão pessoal e interpessoal; **G.** Não aplicável

² **F** - Frequência

15			Esterilização				
16	Sobre a prostatectomia radical						
17				Funções do enfermeiro no recobro			
18	Suporte avançado de vida						
19	Posicioname ntos do doente cirúrgico				Qualidade de cuidados		
20	Pensos cirúrgicos					comunicação	
21						Stress e conflitos no B.O.	
22	O doente na cirurgia ambulatória						
23	Apoio familiar no domicílio	Folha de terapêutica					
24		Lavagem vesical manual					
25							
26							
27	Registos de enfermagem peri- operatórios						
28							
29	Ensino ao doente na cirurgia de ambulatório	Manipulação de citostáticos		Funções do enfermeiro circulante			
30	Traqueostom ia- cuidados de enfermagem A dor – cuidados de enfermagem	Quimioterapia					
31	Cirurgia de ambulatório			O papel do enfermeiro circulante			
32		Instrumentação cirúrgica					
33							
34	Formação sobre ortopedia	Administração de analgesia por cateter epidural					
35							

36			Esterilização para A.A.M.				
37							
38							
39							
40							
41	Úlceras de pressão	SBV e SAV					
42		Técnicas específicas de actuação de enfermagem na sala de neurocirurgia		Funções de enfermagem no B.O.			
43			Prevenção de infecção no B.O.				
44	Neurocirurgia no B.O. Neurocirurgia de urgência						
45							
46		instrumentação	Esterilização				
47							
48							Muitas
49		Cuidados a ter no manuseamento de citostáticos					
50		Registos de enfermagem no B.O.		Funções da enfermeira instrumentista			
51					Guia de acolhimento das A.A.M.		
52							
53	Temas sobre anestesia e reanimação						
54			Várias sobre infecção hospitalar				
55							
56	Desiquilíbrio hidroelectrolítico						
57							
58							
59							

60							Tentei fazer uma acção de formação com uma colega mas ela foi mudada de serviço
61							
62	Cuidados de enfermagem a doentes com Tuberculose Pulmonar Activa						
63							
64	Prevenção de acidentes em pediatria					Enfermeiro, que conceito?	
65						Histórias de vida Relação empática	
66	O doente em fase terminal						
67		Úlceras de pressão colostomias				comunicação	
68	Alimentação do doente colostomizado						
69	Doentes em fase terminal que intervenções						
70	O envolvimento dos familiares na prestação de cuidados						
71			Resíduos hospitalares				
72	Tumores e disfunções hipotálamicas						
73			Higiene nos serviços de saúde				
74			Segurança e higiene no trabalho				
75						Ansiedade nos profissionais de enfermagem	

76		Terapêutica transfusional					
77	Saúde infantil – a consulta de enfermagem dos 0 aos 5 anos						
78	Vários temas relacionados com Pediatria						
79							
80	Elaboração das normas de massagem cardíaca a recém nascidos						
81		Avaliação da pressão venosa central					
82	Gravidez na adolescência						
83							
84							
85							
86	Convulsões febris; Maus tratos infantis						
87		Algáliação em sistema fechado					
88							
89							
90	Artroplastias da anca e traumatismos da coluna						
91		Carro de emergência: o seu uso					
92	Estudo de caso						
93							
94	Cuidados pré-operatórios ao doente urológico						
95	Cuidados a ter com o manuseamento de cateteres centrais						

96	Temas relacionados com obstetrícia						
97	Trabalho de parto Pré-Termo						
98							
99							
100	Depressão no pós-parto						
101							
102							
103							
104	Parto pré-termo						
105	Diabetes na gravidez						
106	Banho ao recém nascido						
107	Parceria de cuidados enfermeiro/família						
108	Pré-eclampsia						
109	Saúde materna para enfermeiro de família						
110	Gravidez gemelar						
111	Reanimação no recém nascido						
112	Observação do doente						
113							
114							
115							
116							

117							
118							
119			Protecção individual em radiologia				
120							
121							
122							
123							
124							
125							
126		Manuseamento de cateteres vesicais					
127	Infecções Neonatais; Cuidados gerais ao prematuro;						
128							
129	Dor no recém nascido						
130	Prevenção de úlceras de pressão; Adaptação à vida extra uterina						
131							
132	outras relacionadas com urologia	Lavagens vesicais					
133							
134							
135							
136							Não me deram oportunidade
137							
138	Convulsões em prematuros						
139							
140	Desquilíbrio hidroelectrolítico no prematuro						

141	Cuidados no levante do doente submetido a cirurgia						
142							
143	Interacção comportame ntal pais/enferme iros em neonatologia						
144							
145							
146							
147							
148							
149							
150	Cuidados de enfermagem ao doente com I.Renal; Arritmias cardíacas						
151							
152		Como monitorizar traçado cardíaco, BIPAP					
153	Cuidados de enfermagem ao doente neurológico						
154	Diabetes	PVC					
155					CIPE		
156	Cuidados de enfermagem ao doente com EAM						
157	Estudo de casos Infecções nosocomiais						
158	Actuação perante paragem cardio- respiratória	Manipulação do carro de urgência;					
159			Infecção hospitalar				
160							

161			Infecção hospitalar				
162							
163							
164	Prevenção e tratamento de úlceras de pressão;				CIPE		
165							
166	Cuidados gerais na alimentação parentérica						
167			Resíduos hospitalares				
168		Monitorização cardíaca					
169					CIPE		
170							
171	Admissão de doentes na unidade de cuidados intermédios						
172		Como trabalhar com o carro de urgências			CIPE		
173							
174	Estudo de casos	Medicação do carro de urgência;					
175							
176	O papel do enfermeiro em imuno-alergologia						
177							
178	Traqueostomizados e laringostomizados em ambulatório						
179							
180							
181	Cuidados de enfermagem em dermatologia	Fototerapia e cancro da pele					

182	Dor crónica Cuidados paleativos						
183							
184					CIPE		
185							
186	Manipulação manual de doentes e posicioname ntos						
187	Elaboração de um boletim informativo para a puérpera						
188							
189							
190	Cuidados de enfermagem ao doente com cirurgia medular						
191							
192							
193	O grito da mulher em trabalho de parto: sua influência na relação com as enfermeiras						
194	Ruídos numa unidade de intensivismo						
195							Nunca me deram oportunidade
196	Cuidados de enfermagem ao recém- nascido					Amor maternal: instinto ou inactivo;	
197	A criança com necessidades especiais					Gestão de conflitos;	
198	Aleitamento materno/artif icial; Criança com diabetes						

199		Manuseamento de cateteres centrais					
200	Cuidados continuados Cuidados ao doente queimado Implicação da família nos cuidados						
201	O envolvimento da família nos cuidados						
202			Higiene das mãos				
203							
204							
205			Controle da infecção de ferida operatória; Saúde e segurança local de trabalho				
206							
207	Continuidade de cuidados		Seleção de resíduos hospitalares				
208							
209	Preparação do doente ostomizado para a alta	Alimentação parentérica;					

**Anexo III – Tratamento de informação das respostas à
questão (19.9.) “*Outras necessidades que necessita de
formação (especifique)*”**

Outras dificuldades que necessita de formação					
Questões	CATEGORIAS ³				
	A F ⁴ =25	B F=16	C F=29	D F=4	E F=6
1					
2					
3					Embora tenha respondido anteriormente “não”, isso não quer dizer que não seja necessário formação sobre todos os temas
4					
5					
6					
7					
8			Como deve o enfermeiro gerir o seu tempo para dar apoio emocional necessário ao doente e família no Serviço de Urgência		
9					
10			Apoio individual para uma reflexão sobre as práticas diárias		
11					
12					
13					
14			Relacionamento interpessoal e gestão do stress		
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21		Acolhimento dos doentes	Gestão do Stress		
22					
23					
24			Aspectos éticos. Quando um doente pergunta se vai morrer, não sei o que lhe dizer		

³ **A.** Gestão e organização; **B.** Aspectos técnicos e teóricos das intervenções de enfermagem; **C.** Dimensão pessoal e interpessoal; **D.** Formação; **E.** Não aplicável.

⁴ **F** - Frequência

25					
26					
27					
28					
29					
30		Teórica			
31		Manobras invasivas			
32		Novas técnicas			
33					
34		Noções de anestesia			
35					
36		Emergências			
37					
38					
39					
40					
41					Acho que a formação nunca ocupa lugar uma vez que a troca de ideias sempre nos enriquece
42					
43		Dificuldades na tecnologia que vai surgindo			
44					Preciso sempre de formação, seja ela qual for
45			Stress no B.O.		
46					
47					
48					Situações esporádicas
49					Muito poucas
50					
51					
52	CIPE				
53		Formação específica na área onde trabalho			
54		Rush cutâneo			
55					
56			A morte no S.U.		
57					
58					
59		Cuidar de doentes com neoplasias			
60		Acho que todos devíamos ter formação em linguagem gestual			
61					

62			Nos aspectos éticos e deontológicos da profissão		
63					
64	Legislativas referentes ao actual estado do HPH SA				
65	CIPE				
66					
67					
68					
69					
70	CIPE				
71					
72					
73					
74			Formação na área de suporte da equipa		
75				Pedagogia	
76					
77					
78					
79					
80			Formação na área de supervisão clínica		
81					
82		SIDA e gravidez			
83					
84					
85					
86					
87					
88			Eutanásia		
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96	Os registos de CIPE				
97	Aplicação do modelo CIPE				
98					
99					
100					
101				Formação para formadores	
102					
103					

104					
105	Informática				
106					
107					
108					
109					
110	Sistema informático do hospital				
111					
112			Trabalho interdisciplinar		
113			Não preciso de formação mas sim ajuda no meu dia-a-dia		
114			Como dar apoio moral aos outros		
115	CIPE				
116					
117					
118			Ultrapassar problemas de relação		
119			O profissional em espaços fechados		
120					
121					
122		Avanços tecnológicos em neonatologia			
123	CIPE				
124			Relação de ajuda à família		
125	Organização S.A.				
126			Relações interpessoais na mudança organizacional		
127					
128					
129					
130				Realização de formação em serviço	
131					
132	Ligação S.A. e equipe multidisciplinar				
133	CIPE				
134					
135					
136					
137					

138	Introdução da CIPE numa unidade cuidados intensivos neonatais				
139					
140					
141	CIPE				
142					
143					
144					
145					
146					
147					
148					
149	CIPE e tudo sobre informática				
150					
151					
152					
153					
154					
155					
156					Outras áreas que não as de doentes da medicina interna
157	CIPE				
158		Lidar com doentes com deficiências profundas			
159			Práticas legais no exercício da profissão e questões éticas		
160					
161	CIPE				
162					
163	Administrações S.A.				
164					
165					
166					
167	CIPE e questões sobre S.A.				
168			Como lidar com doentes terminais		
169		Técnicas não usada no meu serviço e que já me esqueci			
170					
171					
172					
173					
174					

175					
176			Como lidar com doentes terminais		
177	Gestão dos serviços de enfermagem na perspectiva da nova administração SA				
178					
179					
180					
181	CIPE;		Como estar com doentes terminais		
182	CIPE				
183					
184			Como comunicar com famílias de doentes terminais		
185					
186					
187				Dificuldades em orientar alunos em estágio	
188					
189			Como comunicar com o doente em coma vegetal		
190	CIPE e SA				
191					
192					
193			Como comunicar à família que o bebé morreu		
194					
195		Manipulação de cateteres centrais; Identificação e aplicação dos vários tipos de insulina			
196					
197			Tomada de decisão em várias circunstâncias		
198	CIPE				
199					
200			Gestão de sentimentos perante doentes e colegas		
201			Na área das relações interpessoais		
202		Utilização de vários aparelhos: BIPAP, Monitores, etc.			
203					
204					
205					
206					

207			Aconselhamento no luto por morte fetal in útero bem como o manuseamento do parto		
208					
209					

**Anexo IV – Tratamento de informação das respostas à
questão (22.11.) “*Que outras características ou atributos
pensa que esta figura deve ter (especifique)?*”**

Que outras características ou atributos pensa que esta figura deve ter?					
Questionário	CATEGORIAS ⁵				
	A F⁶= 5	B F=22	C F=21	D F=59	E F=3
1	Referiram as mais importantes				
2			Esta figura deve ter um bom suporte teórico e prático	deve ser imparcial na sua crítica e ajuda	
3				Deverá estar sujeito a avaliações periódicas e reciclagens	
4					
5					
6	Focaram todas				
7				Postura ao nível das funções que desempenha, educação e uma agradável aparência	
8					
9					
10				Saber reflectir com o outro sem lançar juízos	
11					
12					
13			dominar o tema ou assunto em que ajuda	Capacidade de confrontação Ser idóneo	
14					
15					
16				Saber transmitir as informações e ser imparcial	
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24			Ser escolhido pela equipa		
25					
26					
27			Trabalhar no mesmo serviço		
28					

⁵ **A.** Concordância com as apresentadas; **B.** Ter formação específica; **C.** Competência nas práticas; **D.** Competência no desenvolvimento das dimensões pessoais e interpessoais; **E.** Não aplicável.

⁶ **F** - Frequência

29				Compreensão e comunicação	
30				Ser coerente nas decisões que tomar	
31				Saber comunicar conhecimentos	
32					
33					
34					
35				Imparcialidade	
36				Comportamentais (servir de exemplo)	
37			Experiência profissional		
38				Não fazer juízos de valor	
39					
40					
41				Acima de tudo muito ponderado e calmo	
42					
43					
44				Ser introspectivo e imparcial na avaliação	
45					
46					
47					
48				Ser assídua e compreensiva	
49					
50					
51					
52			Saber fazer	Saber motivar	
53					
54				Honestidade, humildade, imparcialidade	
55					
56				Dar oportunidades de decisão ao outro	
57					
58					
59					
60				Manter a calma em situações conflituosas; ser imparcial	
61		ter formação		Gostar de ensinar	
62		Ter formação específica			

63				Ser capaz de comunicar fazendo com que o outro entenda a mensagem	
64		Competência reconhecida		espírito de colaboração	
65					
66					
67					
68			Bom executor de tarefas de enfermagem		
69					
70					
71				Ser isento	
72		Ter formação		idoneidade para o acompanhamento dos profissionais	
73			Eventualmente ligado ao serviço de saúde ocupacional e ter permanência absoluta no hospital		
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83				Ser imparcial	
84					
85					
86				Estabelecer empatia	
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94				Ser humilde e disponível	
95					
96					
97				Ser um bom comunicador e saber escutar	
98					
99		Ter formação específica em supervisão			

100					
101				Saber orientar	
102					
103					
104				Saber esclarecer os factos em pormenor	
105					
106					
107					
108		Ter formação específica			
109				Ter humildade no saber e ser imparcial	
110					
111				Ajudar a compreender	
112				Conhecer as especificidades de cada profissional	
113		Ter formação especializada na área			
114			no seu dia de trabalho, ao pé deles	Saber estar com os outros e ajudá-los mesmo	
115					
116			Estar perto dos cuidados aos doentes		
117				Saber reflectir	
118				Saber ajudar em vários domínios	
119					
120					
121		Ter formação especializada			
122					
123				Gostar do que faz	
124		Ter formação			
125				Estar preparado para todas as situações possíveis dentro da organização	
126				Saber dar apoio emocional	
127					
128					
129				Ser integro	
130					
131		Ter formação na área de gestão de recursos humanos			
132				Saber escutar e estar desperto para problemas escondidos ou camuflados	
133					
134					
135					

136		Ter formação na área			
137		Ter formação especializada			
138					Ser externo ao serviço
139					
140			saber estar com os seus pares	Saber ser	
141					
142				Saber orientar e fazer compreender o que se passa no nosso dia-a-dia	
143					
144	As características expressas são sem dúvida as mais importantes				
145					
146					
147					
148					
149					
150				Saber gerir conflitos	
151					
152					
153				Saber orientar	
154					
155				Ser principalmente humano, compreensivo e atento	
156		Ter formação especializada			
157				Deve ter uma personalidade aberta	
158				Humildade	
159					
160					
161					
162					Não ser enfermeiro avaliador da avaliação de desempenho
163					
164					
165		Ter formação para desenvolver este trabalho			
166				Saber explicar e compreender o outro	
167				Saber propor soluções	
168			Apoio no dia-a-dia		
169					
170					

171			Saber muito sobre o serviço e sobre as pessoas envolvidas		
172					
173				Saber estar em equipa e compreender a pessoa humana	
174		Ter formação especializada			
175					
176			Ser acompanhante no dia-a-dia		
177					
178					
179					
180		Formação na área			
181		Ser um bom profissional na prática diária			
182					
183				Ser imparcial na avaliação	
184	O quadro apresentado refere todas as características que penso necessárias				
185					
186					Que seja diferente da enfermeira de referência
187			Estar sempre ao lado do enfermeiro que pretende ajudar		
188					
189				Saber estar	
190		Ter formação na área de supervisão			
191		Ter conhecimentos de perito			
192			Ajudar nos cuidados de todos os dias para nos fazer compreender		
193	está escrito por si			Ter boas relações humanas	
194			experiência em situações limite	Ser imparcial; solícito; possuir destreza intelectual	
195					
196			conhecer o serviço	Ser calmo, ponderado	
197			Ser um profissional acessível e reconhecido pela equipa pelas suas competências técnicas e humanas. Estar consciente dos objectivos do serviço e da instituição		
198					

199				Ser um modelo	
200			Deve ser aceite e ter credibilidade		
201		com formação específica		Imparcial	
202		deve saber	Deve fazer		
203					
204					
205					
206					
207		formação especializada		Compreensivo, isento, responsável	
208					
209					

**Anexo V – Tratamento de informação das respostas à
questão (23.4.) “*Se SIM, é capaz de descrever a forma
como é feita essa ajuda?*”**

Se <i>sim</i> , é capaz de descrever a forma como é feita essa ajuda				
Questionários	CATEGORIAS ⁷			
	A F ⁸ =28	B F=13	C F=11	D F=24
1				
2	frequência de formação	Aconselhamento		
3	Através de conhecimentos práticos e teóricos			com disponibilidade de meios técnicos entre outros
4	Sobretudo no que toca a questões técnicas, feita por elementos que tiveram acesso a formações específicas, fornecidas pelas empresas dos equipamentos			
5	Através da comunicação arranjando soluções para as mesmas			
6				
7				
8				
9				
10				
11		Apoio psicológico		
12				
13	Bibliografia relevante			
14				Disponibilidade das chefias e outros profissionais de saúde
15				
16				Através da resolução de problemas que apresento quer em questões de recursos materiais, quer em questões de relações interpessoais
17				
18			Quando solicitei foi-me negado	
19				
20				
21				
22				
23	Através de bibliografia e demonstrações práticas			
24		Quando tenho dúvidas procuro alguém que até pode ser exterior ao serviço		
25				
26				

⁷ A. Formação; B. Aconselhamento; C. Apoio inadequado; D. Gestão.

⁸ F - Frequência

27		Solucionando os problemas encontrados através da orientação		
28				
29				
30				
31	Através de bibliografia e muitas vezes utilização de meios audiovisuais			
32				Horários e local de trabalho
33				
34				
35				
36		Disponibilização imediata de um profissional para qualquer dúvida a qualquer ramo		
37				Apoio na gestão do serviço
38				As comissões existentes no hospital prestam ajuda sempre que necessário
39				
40				
41				
42	Verbal, bibliografia e técnica			
43				
44				
45				A nível de recursos materiais quando solicitado
46				
47				
48				Só burocraticamente
49				
50	De forma adequada à situação			
51				
52				
53				Solicito apoio às respectivas comissões
54	Respondendo às minhas dúvidas e pedidos			
55				
56	Através da enfermeira chefe ou enfermeira especialista do serviço			
57				
58				
59	Facultando acessos à formação, realização e participação em cursos formativos: informática, resíduos hospitalares...			

60		Através do diálogo		
61				
62		Em reuniões formais ou informais		
63				
64	Disponibilidade de meios de consulta e de ajuda do DEP			
65				Através da enfermeira directora
66		Conversando e chegando a consensos		
67				
68		Ajuda informal no dia-a-dia com diálogo		
69				
70				
71				
72	Com acções de formação			
73	Formação em áreas específicas,			disponibilizando tempo
74				Apenas nas questões de gestão
75	Através de intervenções que visam a melhoria de cuidados			
76				
77				Reuniões com os enfermeiros (adjunta e directora)
78				
79		Quando necessito de resolver algum assunto comunico com a pessoa em causa		
80			Tentam mas não conseguem!	
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				Normas de integração
88				
89				
90				Ajudam através da resolução de problemas
91				
92				
93				
94		Peço ajuda informal aos que me rodeiam		
95				
96				
97				

98				
99				
100				
101		Através do diálogo e orientação		
102				
103				Ajudaram na implementação de um novo projecto
104				
105				
106				
107				
108	Só através da formação			
109				
110			Colaborando de uma forma muito superficial	
111				
112			Dão disponibilidade de tempo para acções de formação mas é pouco	
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127			Às vezes só	
128				
129	Conseguem detectar as necessidades de formação e apresentam as acções de formação que devemos frequentar			
130				Disponibilidade para ir à secção de pessoal resolver situações
131				
132				
133			Não ajudam	
134				
135				
136				
137				
138				

139				
140				Apenas nas áreas da gestão
141			Só com acções de formação	
142				
143				
144				
145			Sou inscrita em formação no DEPE subordinada a temas para os quais estou pouco motivada	
146				Ajudam-me esclarecendo dúvidas sobre gestão e legislação
147				
148				
149				
150				Facilitando horários compatíveis com os nossos desejos e dão recursos materiais
151				
152				
153	Dão formação quando peço ajuda			
154				
155				
156	Deixam-me frequentar acções de formação no DEPE			
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164	Através da formação			
165				
166				
167				
168				
169			Através de acções de formação obrigatórias	
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				Só através da entrevista mas para avaliar
178				

179				
180				
181			Dão-me formação que acham necessária para mim	
182				
183				
184				
185				
186				
187	Deixando frequentar acções de formação teórico-práticas			
188				
189				
190				
191				
192				
193			Só dão formação que ainda por cima não é a que eu desejo	
194	Frequência de acções de formação no DEPE			
195		São dadas opiniões e explicações correctas para resolver os problemas		
196	O responsável do serviço ajuda a resolver os problemas de formação			
197				A ajuda é da enfermeira directora a resolver questões de gestão pontual do serviço
198		Através de apoio técnico e emocional sempre que a enfermeira chefe o detecta		
199				
200				
201				Acessibilidade à enfermeira directora sem barreiras e sem formalidades
202				
203	Dão formação			
204				
205	Quando temos de realizar formação temos apoio técnico do DEPE			
206	Os responsáveis das várias comissões do hospital ensinam-nos determinados assuntos			
207				Visitas aos outros serviços para me ajudar a compreender a filosofia da instituição
208	Dando formação			
209				

**Anexo VI – Descrição das funções do Enfermeiro de
Referência no H.P.H.**

ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA

- *GESTOR DE CUIDADOS*

Funções:

ADMISSÃO

- Admitir o doente com o enfermeiro associado que vai ficar responsável por ele.
- Familiarizar-se com os antecedentes do utente, detectando-lhe necessidades específicas de intervenção.
- Definir em conjunto com o enfermeiro associado o plano de cuidados.

INTERNAMENTO

- Colaborar diariamente com os enfermeiros associados e intervir com eles.
- Identificar necessidades de articulação com os outros membros da equipa.
- Contactar com os outros elementos da equipa.
- Informar o médico em relação ao status do doente, acompanha-o na visita.
- Rever diariamente o plano de cuidados com os enfermeiros associados.
- Esclarecer dúvidas (enfº associado, enfº família, outros técnicos e família)
- Identificar parâmetros específicos do doente, planear para prevenir complicações.
- Avaliar os cuidados, observa a evolução do estado de saúde do doente
- Identificar áreas de formação.

ALTA

- Integrar a família no tratamento e prepará-la para a alta.
- Articular com o enfermeiro de família e preparar a alta em conjunto (este contacto deve ser feito desde o primeiro dia de internamento).
- Articular com outros técnicos (assistentes sociais, fisioterapeutas, etc.).

VANTAGENS

- Evitar fragmentação de cuidados.
- Personalizar os cuidados.
- Aumentar a qualidade
- Aumentar a comunicação e colaboração na equipa multidisciplinar.
- Aumentar a satisfação dos doentes.
- Garantir a continuidade de cuidados.

Anexo VII – Guião para entrevista em grupo

GUIÃO DE ENTREVISTA A UM GRUPO DE 6 ENFERMEIROS DO H.P.H.

Data: 21/05/03, às 14,30horas

Tema: “Subsídios das reflexões dos enfermeiros para o desenvolvimento das práticas profissionais”

Objectivo: Objectivar as áreas de dificuldades apresentadas pelos enfermeiros, triangulando com os dados obtidos pela administração do questionário, através das opiniões dos entrevistados

Bloco temático	Objectivos processuais	Formulário de questões	Tópicos / Observações
1) Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none">- motivar os entrevistados para o objectivo da entrevista;- definir o que entendemos por S.C.E.;- pedir a sua colaboração;- assegurar o carácter confidencial;- pedir autorização para a audiogravação;	1. Autorizam a realização e gravação da entrevista	Registar em periférico o tempo de início e fim da entrevista; Distribuir cartões de identificação de A a F.
2) Caracterização dos entrevistados	<ul style="list-style-type: none">- recolher dados que permitam caracterizar o grupo de enfermeiros presentes;- saber se responderam ao questionário e quais os seus comentários;	2.1. Individualmente digam o vosso local de trabalho, grau na carreira e tempo de serviço. 2.2. Como decorreu o seu preenchimento do questionário?	Pedir que diga algo sobre as dificuldades no preenchimento do questionário

<p>3) Identificação dos aspectos mais problemáticos do desenvolvimento no exercício profissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - enumerar os problemas que os próprios sentem; - enumerar os problemas que os outros sentem; 	<p>3.1. Na vossa opinião, quais os problemas que influenciam o desenvolvimento profissional dos seus pares?</p> <p>3.2. Que problemas identificam para o vosso desenvolvimento do exercício profissional?</p> <p>3.3. Que competências consideram mais importantes a desenvolver?</p>	<p>Salientar a diferença entre o que os entrevistados sentem e o que os seus pares sentem. Apresentar dados do questionário para reflexão</p> <p>Pedir enumeração das competências</p>
<p>4) Avaliação das dinâmicas de socialização dos enfermeiros e dos alunos de enfermagem, que realizam estágios no hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> - recolher dados que permitam conhecer como é feita a integração de enfermeiros e alunos de enfermagem em ensino clínico; - verificar se os entrevistados compreendem o conjunto de questões; 	<p>4.1. Como são escolhidos os supervisores do ensino clínico de alunos em formação?</p> <p>4.2. Existe algum plano de integração de profissionais e alunos na sua unidade e/ou hospital?</p> <p>4.3. Quem realiza o processo de integração?</p> <p>4.4. Quem realiza o processo de avaliação posterior?</p> <p>4.5. Quando alguém tem algum problema no decorrer do seu desenvolvimento técnico-científico a quem recorre?</p>	<p>Incentivar para que se expliquem e dar resultados do questionário para reflexão</p>

		<p>4.6. Quando alguém tem um problema de índole emocional a quem recorre?</p> <p>4.7. Na medida em que os profissionais possam apresentar problemas de desenvolvimento pessoal e profissional, sentem-se preparados para ajudar a resolver esses problemas?</p> <p>4.8. Quais acham ser as características da figura de um orientador de práticas clínicas?</p>	<p>Pedir que as enumerem e façam uma reflexão com os dados do questionário</p>
<p>5) Identificação de estratégias que permitam dar respostas às expectativas dos actores em matéria de qualidade de cuidados</p>	<p>- enumerar as estratégias que pensam mais adequadas à sua realidade;</p> <p>- pedir a justificação das respostas se necessário;</p>	<p>5.1. Para vós, em que medida é que a qualidade de cuidados depende do desenvolvimento pessoal e profissional de cada actor?</p> <p>5.2. O facto de existir um colega que tivesse a função de orientação e suporte emocional e das práticas, seria relevante para a qualidade?</p> <p>5.3. Enumerem as estratégias que considera mais importantes para a melhoria da qualidade das práticas clínicas de enfermagem?</p>	<p>Pedir para se justificar reflectindo com o resultado dado pelo questionário</p> <p>Pedir que as enumere e façam reflexão sobre os achados do questionário</p>

		<p>5.4. Na sua perspectiva, a existência de um enfermeiro supervisor clínico das práticas seria bem aceite pelos enfermeiros?</p> <p>5.5. Têm algum comentário final, sugestão ou crítica que gostassem de fazer em relação a esta nossa conversa ou ao tema que abordámos?</p>	<p>Agradecer a disponibilidade</p> <p>Registar a hora em periférico após o <i>terminus</i> da entrevista</p>
--	--	---	--

Anexo VIII – Transcrição da entrevista realizada a um grupo de 6 enfermeiras do H.P.H., a 21 de Maio de 2003, às 14,30 horas, na sala do Centro de Formação do Hospital Pedro Hispano,S.A.

**Transcrição da entrevista realizada a um grupo de 6
enfermeiras do H.P.H., a 21 de Maio de 2003 às 14,30 horas
na sala do Centro de Formação do
Hospital Pedro Hispano, S.A.**

Houve um guião previamente preparado e cujos entrevistados tinham conhecimento das suas linhas fundamentais. Foram colocados numa mesa redonda com espaço para retirar notas em blocos distribuídos. Foi colocado um gravador de áudio ao centro e pedida autorização para a gravação, que foi concedida. A cada entrevistado, para se manter o anonimato, foi distribuído um cartão com letras de **A** a **F** para sua identificação quando tomassem a palavra. Foi registado em periférico a hora de início da entrevista:

S – Boa tarde a todos. Gostaria em primeiro lugar, de agradecer a vossa disponibilidade em estar aqui e a vossa colaboração, para exprimirem as vossas ideias sobre os conteúdos que vamos abordar. Como se recordam, em Dezembro do ano passado, tivemos cá uma conferência sobre Supervisão Clínica em Enfermagem. Mais tarde, em Janeiro deste ano, houve um *Workshop* onde se trabalharam alguns temas relacionados com esta temática, nomeadamente: uma definição do que é Supervisão Clínica em Enfermagem; que modelo é que lhe está subjacente; o processo de supervisão, ou seja, como é que é feita, quem será o supervisor nas práticas e outros assuntos relacionados. Também neste sentido, encontro-me a desenvolver um estudo nesta área e que vocês colaboraram, respondendo a um questionário. Não sei se ainda estão recordadas. Ora, esta entrevista tem como tema fulcral, receber de vós alguns subsídios das vossas reflexões pessoais. Pretende-se pois objectivar as áreas da formação, das dificuldades apresentadas pelos respondentes ao questionário, de algumas questões relacionadas com a qualidade de cuidados, triangulando toda essa informação com as vossas reflexões. Peço-vos que se não entenderem do que estamos a abordar e as minhas questões, peçam para repetir, pois acho que sendo um discurso ainda pouco elaborado, possa eventualmente surgir ainda algumas dúvidas. Em primeiro lugar, apesar de se tratar de uma entrevista anónima, gostaria que me dissessem o vosso local de trabalho, grau na carreira e tempo de serviço na função pública como enfermeiras. E se fosse possível que falassem num tom de voz adequado para

gravação, dizendo sempre antes de falarem a vossa letra que está nesse cartão que vos distribui. E podemos começar já pela minha esquerda, pela enfermeira – A.

A – Centro de Formação, sou enfermeira especialista da área de saúde comunitária e trabalho há cerca de 14 anos.

S - Enfermeira B?

B – Trabalho em Neurocirurgia há 1 ano e meio, mas sou enfermeira há 9 anos e, sou enfermeira especialista em enfermagem medico-cirurgica, porque vim do Hospital da Prelada.

C – Trabalho no departamento de Medicina, sou enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e trabalho há 10 anos.

D – Sou especialista em saúde materna e trabalho no Bloco de Partos. Sou especialista há 6 anos mas já trabalho há 12 anos nesta casa.

E – Trabalho na Cirurgia B, trabalho há 12 anos e sou enfermeira especialista em enfermagem medico-cirurgica.

F – Eu trabalho na Pediatria, tenho a especialidade de pediatria e trabalho há mais ou menos 10 anos.

S – Uma das primeiras questões, e é para o grupo, é se preencheram o questionário que foi passado para vós em Janeiro.

B – Eu não me lembro de ter feito o questionário.

A – Mas não te passaram o questionário?

B – Se calhar estava de folga e não preenchi.

S – As colegas que preencheram esse questionário sentiram algumas dificuldades?

E – Era um pouco longo, daquilo que me lembro. Já foi há muito tempo e já me esqueci de muita coisa.

S – De qualquer das formas, os que responderam devem recordar alguns dos aspectos que eram tratados nesse documento. Eram abordadas algumas dificuldades que por vezes os enfermeiros sentem no decorrer do seu trabalho diário. E vocês, que dificuldades sentem quando prestam cuidados aos vossos doentes? E vou passar a palavra individualmente, para começar volto novamente à enfermeira A.

A – Bem, eu já estou fora dos cuidados já há algum tempo mas, daquilo que me lembro, as dificuldades eram sempre saber se de facto, satisfazíamos as necessidades dos

nossos doentes. Também é importante que no início da nossa vida profissional tudo é muito complicado e temos sempre muitas dificuldades.

S – Enfermeira B?

B – Sempre senti dificuldades na relação com o doente e não sei explicar porquê. Claro que com o nosso crescimento, as coisas vão passando e vamos melhorando as nossas *performances*.

S – Enfermeira C?

C – Sinto às vezes dificuldades também na relação com o doente, por mais assertivos que sejamos, há sempre dificuldades. Também na comunicação. Às vezes pensamos que o doente entendeu aquilo que dissemos mas vamos a ver e ele não percebeu redondamente nada do que lhe dissemos. Eu queria dizer uma coisa: é assim, no início da nossa profissão tudo é muito complicado mas o tempo ajuda a colmatar as dificuldades e parece que agora as coisas correm melhor, ao fim de alguns anos, enfim, já com alguma experiência.

D – Sou eu? Eu não sou capaz de explicar as dificuldades que senti no início da minha vida como enfermeira. Acho que senti as mesmas de toda a gente. Sei lá. Era muito difícil ver um doente morrer, foi muito difícil para mim falar, ou melhor abordar a família sobre qualquer assunto, mas acho que todos melhorámos um pouco, no nosso dia-a-dia, porque a experiência vai nos dando, ou melhor, o nosso dia-a-dia vai fazendo com que nós vamos aprendendo mais coisas e solidificando outras. Mas temos sempre dificuldades. Eu falo por mim, claro. O que é necessário é que alguém nos ajude.

E – Quando mudamos de serviço, e eu senti isso, é que nos sentimos mais complexadas. Por vezes a integração não funciona bem. Mas acho, como disseram as colegas, o tempo vai ajudando. É preciso deixar que tudo passe com calma.

F – Quando comecei a trabalhar em Pediatria acho que não estava preparada para trabalhar com crianças, apesar de gostar muito de crianças. Até pensei que tinha escolhido a profissão errada. Foi mesmo muito mau no início e não tive ajuda de ninguém, foi sozinha que fiz tudo.

S – O questionário tinha questões muito específicas sobre as dificuldades que as pessoas podiam já ter sentido. Uma das respostas caiu maioritariamente nas dificuldades em abordar doentes terminais. E vocês, já sentiram esta dificuldade?

F – Eu pessoalmente já senti e penso que ainda sinto. Eu trabalho com crianças e estas põem-nos numa carga emocional muito forte quando estão em situação terminal. É muito difícil ultrapassar estas situações assim de ânimo leve. Ficamos muitas vezes em choque perante o que acontece às crianças e, também, o que vemos naqueles pais que as acompanham sempre.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo - sons incompreensíveis)

S – E perante essas dificuldades, teve algum apoio ou pediu algum apoio a alguém?

F – Só há pouco tempo, com os meus superiores directos e os meus colegas. Vão dando a ajuda possível nestas situações. Os nossos superiores também ajudam. Não quer dizer que seja bom ou suficiente mas é com boa vontade. Vamos falando sobre outras situações que ocorreram no passado e...

C – É sempre complicado falar na morte. Nós na medicina vivemos isso diariamente e é complicado. Não sei se uma ajuda de colegas será suficiente, ou que chegue para tanto sofrimento. Ou mesmos dos chefes. Muitas vezes encontramos colegas a chorar nos cantos pelo facto de lhes ter morrido um doente. É que os nossos doentes chegam a ter uma afeição a nós. Vêm primeiro fazer o diagnóstico, depois o tratamento e depois morrem. Nesse tempo, falam connosco, as famílias estão presentes e nós já os conhecemos bem. Quando morrem, muitas vezes sentimos isso com alguma mágoa e perguntamos se fizemos tudo, ou se fizemos bem. Há enfermeiras que não aguentam e explodem em choro mas caladas porque têm vergonha de se manifestar. Penso que devia haver uma ajuda especial para estes casos que não são tão poucos como isso.

S – Uma das questões colocadas no questionário era se a organização, de alguma forma, tem ajudado a ultrapassar as dificuldades que os enfermeiros têm, as respostas dizem na sua maioria que nunca ajudaram. Outra opção que os inquiridos responderam era: sim quando solicito ajuda. Algum comentário a este resultado?

A – Pronto, eu apesar de estar afastada dos cuidados, ainda vou muitas vezes aos serviços a acompanhar alunos, por exemplo. E vejo que é difícil para a instituição perspectivar ajuda, se ninguém se afirmar com necessidade de ajuda. Nesta questão da dor de morte, de se sentir constrangida perante um doente que vai morrer é complicado, apesar de ser natural. Nós cuidamos destes doentes de uma forma natural e muitas vezes não sabemos explicar porquê. Acho que ainda não somos capazes de assumir perante os outros que temos dificuldades inerentes aos sentimentos e que muitas vezes precisamos de ajuda.

Todos vivemos o processo de luto. Vive o chefe, o médico, as enfermeiras, enfim toda a gente. Penso que é complicado para a organização entabular um processo de ajuda desta forma se os profissionais não assumirem as suas dificuldades. Também somos um pouco culpados porque não gostamos de assumir as nossas fraquezas. Mas também somos capazes de não conseguir em consciência, acho eu, detectar as nossas dificuldades. Se há algumas que podemos dizer que temos, outras, se calhar, terão que ser outros a nos dizer.

C – Posso? É que muitas vezes é complicado. Muitas vezes estamos de serviço com um colega com o qual não estamos tão à vontade e, se temos uma morte no serviço, ultrapassamos exteriormente apenas. Cá dentro fica assim um remoer. Tem de haver uma relação de confiança muito grande com o outro colega, para que possamos confessar as nossas dificuldades. Acho que o psicólogo é uma figura de destaque nestas situações. Acho, no entanto que é difícil ter um para sempre que tenhamos dificuldades. Acho que pode ser um colega nosso se confiarmos nele ou se for das nossas relações mais confidente.

A – Sim, eu também acho que pode muito bem ser um nosso colega a quem depositemos a nossa confiança. Não ter que ser obrigatoriamente um psicólogo. Basta que seja uma pessoa das nossas relações quer profissionais quer de alguma amizade ou conhecimento. Ou que tenha alguma experiência em dar apoio e em ser presente em qualquer situação. Hoje já há enfermeiros com alguma formação na área da psicologia que poderão dar alguma ajuda neste campo.

B – Eu acho que a morte é um tema sempre muito controverso e complicado. É que lidamos com a morte dos outros mas retratamos uma possível morte nossa. Ninguém quer estar perto de um doente que vai morrer. Muitas vezes dizemos: espero que ele morra só no próximo turno. Já se chegou a trocar turnos para não estar presente quando o doente morresse. Eu lembro-me bem destas situações porque já se passaram comigo e não foi assim há muito tempo atrás. Deve ser por medo. Lidar com a morte é muito complicado e ninguém parece estar desperto para ajudar outros neste tema. È difícil conseguir ajuda nesta situação quando estão todos os colegas envolvidos. A não ser alguém com outras competências e externo ao serviço, até pode ser um colega, mas que não esteja a viver aquela situação para poder ajudar.

(Não se consegue identificar quem fala) – Eu nunca estive bem preparada para enfrentar estas questões da morte do doente terminal. Lembro-me também do questionário que se abordava o problema da SIDA, ou melhor, dos doentes com SIDA. Também é

complicado. Pensem bem. É que nas escolas estes temas fogem um pouco à discussão e não nos preparam bem para esta realidade da morte. Eu vejo isso até nos alunos que passam lá no serviço. Não estão preparados. E vêm para aqui junto de pessoas que também não estão muito seguras de si. Depois tem de ser nos serviços que aprendemos a lidar com ela. Muitas vezes fazemos de uma forma pouco correcta, acho. Brincamos com a situação que é para nos defendermos das situações de *stress* que a morte nos causa. Eu não sei se é assim, mas é assim que muitas vezes me sinto e que vejo os meus colegas a sentirem-se.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo - sons incompreensíveis)

B – Isso é verdade. Os colegas mais velhos, que são aqueles que nos deviam ajudar, brincam com a morte e depois nós ficamos com esses vícios que penso que são maus mas ninguém nos ajudou a ultrapassá-los. Se eles não brincarem, eles dizem que ficam malucos de tantos doentes lhes morrerem nas mãos. Mas deviam ajudar-nos, porque têm mais experiência, a ultrapassar essas situações com maior dignidade. Acho que o facto de serem mais velhos na profissão não quer dizer que tenham mais competências. Sempre pensei assim pela minha experiência.

S – Para além deste tema, que é o doente terminal, que os colegas responderam com elevada percentagem, houve outros colegas que sentiram outras dificuldades, apesar de ser em pouca percentagem, não deixa de ser curioso e que nos pode levar à reflexão. Cerca de 45 colegas responderam que já sentiram dificuldades por terem alunos a observá-los.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo - sons incompreensíveis)

S - Que comentário desejam fazer?

F – Isso se calhar tem a ver com o facto de estar a pensar se está a fazer bem para que o aluno veja.

E – Tu desculpa mas eu acho que não é isso. É que dar explicações ou estar a fazer determinado cuidado à frente de pessoas, alunos neste caso, que têm uma certa bagagem teórica, que a pessoa não se lembra já é difícil e constrangedor e por isso sentem-se com dificuldades. Chega assim o tempo em que esses colegas começam a pensar que afinal não sabem. E não sabem perante alunos o que os faz sentir mais incomodados. É muito mais fácil dar informações ou fazer ensinios a familiares, porque a enfermeira sabe que estes não estão dentro dos assuntos, do que dar explicações em quem vem fresco de conhecimentos da escola.

(Não se consegue identificar quem fala) – Eu concordo e é pena que os colegas não vão reflectir sobre as suas necessidades de formação para não sentirem vergonha depois de estar com problemas à frente dos alunos. Temos no serviço alguns colegas que chegam mesmo a recusar dar apoio ou respostas aos alunos e nós sabemos que é por falta de segurança. E o mais engraçado é que são aqueles que são mais velhos e com mais experiências. Sentem-se inseguros perante os alunos por não saberem determinadas matérias e não querem fazer más figuras. Eles deviam exprimir as suas dificuldades, sem medos e fazer assim cursos de novas aprendizagens, ou frequentar mais acções de formação. Mas muitos dizem que já não têm nada para aprender e por causa disso não vão às acções de formação. Nem as do serviço, quanto mais as do hospital aqui no Centro de Formação.

A – Acho que também é por um pouco de receio de uma confrontação entre o profissional e o aluno. O modelo de enfermeiro para o aluno é aquele que é detentor de um conhecimento completo. É mesmo o seu modelo. Tem muitos conhecimentos sobre várias matérias. Muitas vezes o enfermeiro tem medo de perder esse ser modelo. E perder porque não sabe. E por isso se sente com dificuldades respondendo no seu questionário, como alguns responderam. Por outro lado, pode estar associado ao facto desse profissional não ter sido escolhido para orientar ensino clínico e, como forma de vingança, sei lá, ou não ajuda o aluno ou se sente complexado. Sentem-se inseguros perante os alunos.

S – É interessante introduzir aqui, já que falamos de alunos, que a maior parte dos inquiridos já orientou ensino clínico, independentemente da sua fase: desde o primeiro ano até ao último ano do curso. Uma larga maioria, cerca de 67%, considera necessário o acompanhamento por parte do enfermeiro do serviço, no “Sempre”. E quando confrontados que enfermeiro, que categoria deve ter esse enfermeiro, a maioria, com 66%, responde que deve ser o enfermeiro especialista. Queria agora a vossa opinião.

A – Isso já é um bocado duvidoso. Mas mesmo assim eu penso que deve ser o facto de o enfermeiro especialista ter mais conhecimentos por ter feito um curso, por ser mais velho, quer na carreira, quer muitas vezes no serviço. É que quem faz a especialidade já tem alguns anos de serviço. Por substituir o chefe nas suas ausências, enfim um role de situações que nos levam, que levaram os nossos colegas a responderem que deveria ser o enfermeiro especialista. Eu também respondi que devia ser ele. No entanto não podemos esquecer que existem outros colegas tão ou mais competentes que o especialista, mesmo

que não sejam mais velhos nem tenham tido outro curso, mas que gostam do que fazem e desenvolvem muitas aprendizagens mesmo em serviço e na sua área. Pode ser também outros que tenham mais competências em ensinar, na formação de outros e nós temos muitos casos desses aqui no hospital. Mas aceito perfeitamente que os colegas tenham dito enfermeiro especialista.

(Não se consegue identificar quem fala) – Há colegas especialistas que têm muita formação mas depois não são capazes de transmitir essa informação aos outros, aos alunos. Acho que lhes falta conhecimentos de pedagogia ou sei lá.

A – Também é importante referenciar que os serviços têm muitos colegas novos na profissão pelo que quando há alunos a escolha recaia nos mais velhos, naqueles que inspirem mais confiança. No entanto é importante referenciar que a sua amostra não contemplava os enfermeiros contratados, que são muitos e muito novos e, que se calhar davam resultados diferentes, não sei. É a minha opinião, mas não sou eu a investigadora neste caso.

B – Eu também concordo com os meus colegas. Não quer dizer que eu ache que deva ser ou não o enfermeiro especialista. Acho que sim. Mas no entanto, pela minha experiência, estas respostas têm a ver com o facto de verem no especialista, o mais velho e aquele que tem mais conhecimentos, mesmo que depois não consiga transmitir e isso acontece com frequência. O especialista tem mais carreira, lutou e essa luta é valorizada pelos outros. Mas também há outra questão que são os complementos. As pessoas, os colegas não vêm benefícios nenhuns em fazer o complemento, a não ser o facto de se irem actualizar e melhorar a sua actividade junto do doente. Não ajuda a subir na carreira. E eu não sei até que ponto frequentar a especialidade e subir na carreira e, frequentar o complemento e não subir, possa pesar na escolha por parte dos colegas que responderam ser o enfermeiro especialista. Nem o título de licenciado...E outro assunto é que a má integração também se reflecte nos alunos porque os processos são idênticos.

D – Não sei se é o facto de se ser especialista que se tem a possibilidade de supervisionar, é assim que se diz, alunos. É assim porque é o mais velho e com mais conhecimentos mas não sei se tem todas as competências para o fazer. Todos somos diferentes e se há pessoas que o fazem bem, há outras que...

C – Tendo em atenção a formação dos especialistas, são eles que nas unidades são responsáveis para orientar alunos.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo - sons incompreensíveis)

S – Já agora que falamos em competências, deixem-me lançar mais uns dados para a mesa. Houve uma questão sobre as competências de um futuro orientador, supervisor, como a colega chamou, para as práticas e para o apoio aos alunos em estágio. E os colegas atribuíram o significado de “muito importante” a todas as assinaladas, ser assertivo, ser confiante, ter boas relações com os outros, ser conhecedor do serviço mas não mostraram importância para o caso de ser do mesmo sexo ou ser amigo pessoal. Afirmaram também, numa pergunta aberta, que deviam ser da prática, ter formação específica e ter competências no desenvolvimento das dimensões pessoais e interpessoais. Qual o comentário que vos oferece dizer?

F – Eu lembro-me dessa questão e penso que estavam lá todas as respostas que deve ter o tal orientador. Eu lembro-me que escrevi que devia ter formação específica na área da supervisão. Mas não quis dizer que fosse formação de especialista. Pode ser um especialista, naturalmente, mas tem de ter formação como orientador de ensino clínico. Deve ter alguns conhecimentos de pedagogia.

A – O ser da prática ou seja, estar no serviço penso que também é uma característica essencial. Ninguém pode orientar outro se não estiver dentro do contexto onde se desenrola essa prática. O especialista é especialista de uma determinada área, é um *Expert*, mas pode não saber transmitir essa experiência, como há pouco aqui se falou. Mas também é verdade que esse especialista pode vir a frequentar uma formação nesse sentido. Mas também é preciso notar que os serviços têm poucos especialistas. Aliás o hospital, todo ele, não tem muitos especialistas no quadro, o que é uma necessidade, mas dadas as circunstâncias actuais, ter mais especialistas, é complicado. Pelo menos na mesma linha de orientação do passado, escolas a formar especialidades e hospitais a fazerem concursos para especialistas. Logo eu acho que devem ser os próprios a fazer uma formação quase autodidacta e interessarem-se por tudo o que os rodeia. E se calhar também tem a ver com a escolha do orientador...

E – Eu ainda gostaria de acrescentar algo. As especialidades, pelo menos no meu tempo, os alunos eram formados em ter uma forma de estar, de ser e de fazer muito específica. Aliás a carreira diz isso mesmo, um profissional com mais competências numa determinada área para prestar cuidados muito mais diferenciados. Tínhamos também alguma bagagem de pedagogia que nos ensinava a ter comportamentos específicos para a

formação de futuros colegas da profissão. Por isso penso que o especialista pode muito bem ser o escolhido, apesar de haver poucos, mas que não quer dizer que não tenha de fazer formação específica na área de supervisão. Acho que foi isso que eu respondi no questionário.

S – Posso lançar ainda mais uns dados referentes a esta questão dos especialistas? Houve algumas perguntas que perante as dificuldades que os colegas pudessem sentir, na formação ou no desenvolvimento das práticas, os colegas eram levados a identificar quem podia ajudar, apoiar ou orientar e as resposta, caíram mais uma vez, no especialista. Numa questão aberta, também os especialistas são os mais mencionados e, curiosidade, apenas um respondente menciona o enfermeiro de referência.

(Não se consegue identificar quem fala) – Qual era a questão?

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo - sons incompreensíveis)

S – Na questão aberta pedia-se que, a existir no hospital alguém que costuma consultar, que lhe dê suporte ou apoio nas práticas, uma maioria respondeu que sim e, respondendo que sim, havia uma pergunta aberta para identificarem quem. Muitos escreveram especialista, mas também responderam auxiliar de acção médica, amigo pessoal, colega do serviço, médico e, uma resposta para enfermeiro de referência.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo - sons incompreensíveis)

(Não se consegue identificar quem fala) – Recorrer a uma auxiliar de acção médica? Acho estranho. Mas penso que um qualquer pode ajudar. Não quer dizer que a ajuda seja efectiva. Enfim é a escolha dos colegas. Agora em relação ao enfermeiro especialista penso que tem a ver ainda com aquilo que todos dissemos ao princípio. A questão do enfermeiro de referência ser só uma pessoa a escolher é porque a maioria das vezes o especialista é o enfermeiro de referência e, eles pensam assim.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo - sons incompreensíveis)

B – O enfermeiro de referência é o elo de ligação em todos os turnos, ou seja, perde-se muita informação nas passagens de turno e cabe ao enfermeiro de referência actualizar os colegas sobre várias informações necessárias ao serviço. Como a colega disse, o enfermeiro de referência é quase sempre um enfermeiro especialista do serviço e que está em horário fixo. Muitas vezes até substitui o chefe.

S – Mas é interessante referir, em relação aos dados de há pouco sobre as competências da tal figura de apoio, que na pergunta aberta sobre que outras competências

é que consideram importantes, colegas dizerem que: ser externo ao serviço, não ser enfermeiro avaliador da avaliação de desempenho e, ser diferente da enfermeira de referência.

A – Foi uma ou mais pessoas que disseram isso?

S – Foi um respondente em cada caso.

F – Eu penso que será então apenas um caso pessoal, talvez de incompatibilidades, enfim, não ser do agrado dessa pessoa ser apoiado pela enfermeira de referência. Agora eu acho, conforme já se disse, que o enfermeiro especialista está associado ao enfermeiro de referência, Daí eu pense que as respostas têm a ver com essa questão de igualdade.

(Não se consegue identificar quem fala) – Acho importante agora abordar a questão do enfermeiro de referência, que nunca foi muito bem aceite pela maioria. Se houve muitas pessoas que o aceitaram, houve outras tantas que lançaram sempre algumas dúvidas sobre a sua presença no serviço. E acho que se calhar foi pela escolha que foi feita, ou melhor pela forma como se processou essa escolha. Hoje ainda não se sabe bem os critérios que alguns serviços adoptaram para essa escolha

S – Já agora, podiam-me dizer como é feita essa escolha para enfermeira de referência? É o mesmo que orienta o ensino clínico? É o mesmo que faz a integração de novos profissionais? E eu perguntava precisamente à enfermeira A, visto que não se encontra num serviço de internamento e pode dar-nos a sua visão externa.

A – Bem, de facto foi sempre muito controversa a sua escolha, nomeação ou o que quer que seja. Era sempre o enfermeiro mais velho e também que tivesse a especialidade, se bem que nem sempre o enfermeiro de referência é especialista. Por exemplo se no serviço não houver especialistas. E eu já referi que há muita falta de especialistas no hospital. Pronto, penso que é aceite que de facto se o enfermeiro de referência é o enfermeiro especialista, quando os há, é ele que integra os novos profissionais e faz a orientação de alunos em estágio, mas com ajuda, como é óbvio de outros colegas do serviço.

E – No meu serviço foi a chefe que escolheu entre as enfermeiras especialistas por serem as mais velhas. É sempre o facto ser mais antiga na profissão que se fica como enfermeira de referência...

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

B – Eu acho que sou o exemplo de uma enfermeira de referência com pouco tempo de serviço. Para contrariar a colega. Eu vim de outro hospital há um ano e meio, do Hospital da Prelada e, foi pelo facto de ser especialista que me colocaram como enfermeira de referência. Mas a minha actividade é apenas orientar os cuidados.

C – Posso? É que eu acho que de facto, a enfermeira de referência é normalmente a enfermeira especialista. Mas quem é especialista também é a mais velha ou no serviço ou na profissão. Por isso é que a colega estava a dizer que a enfermeira de referência era a mais velha. Mas penso que deve ser apenas por isso. Agora, eu também acho que a nomeação para enfermeira de referência foi muito controversa aqui no hospital.

(Não se consegue identificar quem fala) – Mas também no Hospital de Braga, acho eu, onde há enfermeira de referência e também se passou a mesma coisa. Houve sempre problemas do género: porque aquela e não eu. Ou mesmo outros que diziam que confiavam mais neste do que naquele e que aceitavam mais depressa recomendações de um do que de outro. Acho que também está aqui a questão do estatuto. Ser enfermeira de referência, é ser-se de referência. Logo é um título perante os outros colegas e até perante os médicos que até falam mais com a enfermeira de referência do que com as outras colegas que não são gestoras de cuidados. Às vezes também é por amizades com os chefes, não sei.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

A – Há um aspecto que é importante referenciar que é, ou melhor, são as funções de enfermeiro de referência. Estão essencialmente associadas, pelo método de enfermeiro responsável, à gestão de cuidados. Muitas vezes nem sequer têm doentes distribuídos.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

D – Eu acho que não. Eu sou enfermeira de referência e tenho doentes distribuídos. Pode haver um dia ou outro, quando estou a substituir a chefe que não os tenha. Mas normalmente tenho sempre doentes, ou uma ala de doentes com o enfermeiro associado, o qual oriento e ajudo na prestação de cuidados. Não vou ficar de braços cruzados, quando há muita falta de pessoal.

B – Eu também tenho doentes distribuídos. O número de doentes é muito grande e se eu não tivesse doentes distribuídos os meus colegas ficavam sobrecarregados.

F – Não há serviços em que o enfermeiro de referência tem um acréscimo de ordenado?

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

(Não se consegue identificar quem fala) – Não. Os enfermeiros que têm ordenado aumentado são os que têm tempo acrescido.

(Não se consegue identificar quem fala) – Mas agora já não há tempo acrescido.

(Não se consegue identificar quem fala) – Eu penso que sim.

(Tempo perdido na procura, por parte do entrevistador, do guia de questões)

S – Uma outra questão que relaciona estes conteúdos é sobre as respostas a uma pergunta de haver necessidade, ou não, de haver alguém formalmente identificado para apoio quer emocional, quer no desenvolvimento das práticas e 52,6% responderam que sim. Nas várias opções: só na prestação de cuidados, seria para 64,8% o enfermeiro especialista; só no apoio emocional 43,5% psicólogo, mas logo a seguir com 39,3% o enfermeiro especialista e em ambas as circunstâncias, 66,4% o enfermeiro especialista. Isto sugere-vos algum comentário?

D – Eu acho que vai dar razão à ideia de que as pessoas pensam e associam que o enfermeiro de referência é o enfermeiro especialista. Agora fico surpresa de ser também no apoio emocional. Mas aceito as respostas dos colegas.

B – Mas se nós damos apoio emocional às famílias e aos doentes não achas que também devemos dar aos nossos colegas, se necessitarem? Eu acho que sim, se tivermos possibilidade é claro. É sempre bom porque nos conhecemos.

(Não se consegue identificar quem fala) – Não. Eu acho que sim. Mas estaremos preparados para tal? É que os nossos colegas vivem diariamente connosco e acho que é difícil.

(Não se consegue identificar quem fala) – Eu acho que é o facto de se ser especialista, ser mais velho e ter mais conhecimentos que essa escolha recai. Para tal pode ser essa pessoa que possa ajudar os outros...

A – É também o facto do especialista estar nos cuidados que o escolhem para dar apoio quer emocional quer nos cuidados. Veja que o apoio emocional muitas vezes decorre de circunstâncias da própria prática. Ainda há pouco estávamos a falar de doentes terminais e dos constrangimentos que daí decorrem. Logo o enfermeiro especialista ou de referência tem boas possibilidades de dar esse apoio se necessário; o enfermeiro especialista ou enfermeiro de referência, tem é de ter qualificações para tal.

D – Eu posso ainda dar uma achega. É assim, no meu serviço, não há enfermeiro de referência. Todos são enfermeiros especialistas, pelo que não há essa diferença. Logo,

respondendo especialistas, pode ser qualquer colega do serviço. Portanto as respostas caíem todos no enfermeiro especialista. Esta é a análise que eu faço. Não se pode mencionar um enfermeiro que não existe, logo não se fala em enfermeiro de referência. Eu também respondi enfermeiro especialista.

S – Isso se calhar explica o facto da maioria de respostas serem do B.O. e em segundo lugar do B. de Partos.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

S – Eu tenho alguma culpa, se calhar, visto que quando comecei a colaborar convosco e passei o questionário, não sabia da existência dessa figura do enfermeiro de referência. Penso que se calhar os dados poderiam ser outros se houvesse essa opção de escolha para as respostas.

F – Eu penso que não. Eu acho que as pessoas iam sempre identificar o enfermeiro especialista e também como enfermeiro de referência. Para mim eles são idênticos e os colegas não iam estabelecer diferenças. Só que lhes chamam outro nome que não o que está na carreira de enfermagem. O enfermeiro especialista está associado ao enfermeiro de referência que nunca foi bem aceite pela maioria.

S – E é também o enfermeiro de referência que orienta e faz a gestão de cuidados?

D – Posso? É assim, aquilo que eu ouço comentar dos enfermeiros chefes de outros serviços, visto que eu não ter enfermeiros de referência, como já disse são e, repito sempre os mais velhos a serem escolhidos e é por um período de um ano.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

(Não se consegue identificar quem fala) – Não é bem assim, penso eu.

C – Eu acho que a enfermeira de referência a partir de o ser nunca mais deixa de o ser. Eu sou enfermeira de referência já há alguns anos e ninguém me disse que era por um determinado tempo. Eu oriento cuidados, ou melhor fazemos a gestão dos cuidados. No princípio era um pouco complicado, do género: “se o doente é meu, porque é que tens de mandar palpites?”. Hoje já não é bem assim. Penso que os colegas aceitaram bem estes casos. O enfermeiro especialista é o enfermeiro de referência quando os há.

B – Eu sou enfermeira de referência desde que vim para cá.

S – E teve tempo de integração?

B – Sim, apesar de muito superficial, estive um determinado tempo com uma colega que me orientou e passado algum tempo até era eu que orientava outros e até orientava estágios de alunos.

S – Sentia-se com capacidades para o fazer?

B – Sim. Eu já tinha tido essas experiências no Hospital da Prelada e foi só adequar ao Hospital Pedro Hispano e ao meu serviço actual que também é diferente do anterior.

S – Outro dado para o debate, se não se importam. Os inquiridos responderam que não tiveram tempo de integração com 41,6% e tiveram, mas insuficiente, 18,2%, o que dá 59,8%. O que me podem dizer em relação a isto.

(Não se consegue identificar quem fala) – Eu acho que pode ter sido no passado. Hoje já não é bem assim. Em unidades ou serviços muito específicos os programas de integração até são muito rígidos.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

S – Estão aqui, 5 enfermeiras de referência e todas especialistas. Logo colocava-vos a questão de para além de poderem dar apoio no desenvolvimento dos cuidados aos vossos colegas, pensam que também poderão dar apoio emocional se for esse o caso, aos mesmos colegas?

(Não se consegue identificar quem fala) – Se for com um colega que eu conheça, que eu esteja mais à vontade, que a situação eu também conheça, penso que posso ajudar. Mas é assim, acho que se deveria ter uma preparação específica quer para ajudar ou, mais importante, para detectar se o colega precisa de ajuda ou não. É que muitas vezes é difícil nos aperceber se um colega está a atravessar um mau momento, como se costuma dizer. Sendo difícil achar isso, mais difícil é ajudá-lo. Portanto, acho que a formação nessa área é essencial. Nós até podemos pensar que estamos a ajudar mas afinal estamos a piorar as situações. Ou seja, se não soubermos definir bem o problema do colega, podemos estar a colocar-lhe um rótulo que ele mais tarde vai piorar a sua situação. É complicado.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

C – Não sei se todos nós temos essa capacidade. Acho que é difícil. Mas mesmo assim, como a colega disse, se fizermos alguma formação específica nessa área, podemos ajudar. Eu já tive alguns casos em que ajudei mas porque era amiga pessoal. Não sei se fosse outro colega que não confiasse tanto em mim, isso iria correr tão bem.

S – Nas respostas ao questionário, notou-se que a maioria respondeu que a qualidade dos cuidados fica afectada por falta de apoio e suporte “muitas vezes”, 33,0% e “sempre” 28,2%. O que acumulado dá 61,2%. Também, 121 respondentes atribuem um grau de importância muito elevado, 121, à dependência da qualidade com a existência da figura do enfermeiro supervisor das práticas clínicas. Qual o comentário que vos oferece fazer.

E – Eu penso que é sempre necessário alguém estar perto de nós para dar apoio e ajuda. Claro que a qualidade aumenta se pensarmos que existe essa possibilidade. É que os cuidados que se prestam são mais seguros. Agora há aqui um dilema, é o facto de ser supervisor e como se faz essa supervisão.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

D – Isso tem a ver com a hipótese de ser a chefe a supervisionar os cuidados que se prestam aos doentes e que pode levar alguns colegas a ficar com o pé atrás sobre isso.

A – Mas é importante esta figura. Ela vai ser o trampolim para as chamadas práticas qualificantes. E não está em causa quem é a figura do supervisor. O enfermeiro especialista ou enfermeiro de referência. Tem é de ter as qualificações necessárias para tal.

S – Pode-se fazer aqui uma colagem, perdoem-me a expressão, entre o enfermeiro especialista e o enfermeiro de referência, neste caso do enfermeiro orientador ou supervisor?

E – Eu acho que se pode mesmo concluir que o enfermeiro de referência é quase sempre especialista e que poderá ser essa pessoa que possa ajudar os outros, ser o futuro enfermeiro supervisor das práticas. Mas, portanto, tem de haver formação para que essa pessoa fique preparada para tal. Acho que as questões de apoio, quer emocional quer de apoio no dia-a-dia são muito complexas e os enfermeiros responsáveis têm muita responsabilidade nessa questão e não o podem fazer de ânimo leve.

D – Eu queria dizer que é nas práticas que se vê e se mede a qualidade. Se as práticas não são boas, a qualidade dos cuidados também não o é. Para haver qualidade dessas práticas o enfermeiro tem de ter conhecimentos para as fazer. Se não os tiver vai ter de procurar ajuda nos outros. Claro que eu acho que deve ser um colega da mesma profissão. No entanto isto não invalida que quando temos determinada dúvida, mais do foro médico, não vamos perguntar aos médicos, ou se for de problemas mais emocionais

não vamos perguntar à psicóloga. Mas a orientação geral deve ser feita por um enfermeiro especialista em determinada área.

S – Será que a qualidade dos cuidados fica apenas confinada à questão de existir um profissional enfermeiro que nos oriente? Ou haverá outras estratégias?

B – Há muitas coisas que andam atrás da qualidade. Hoje fala-se de qualidade em quase tudo. Eu acho que começa nos nossos próprios doentes que querem mais e melhor mas que muitas vezes não podemos dar. Se tivermos o serviço cheio e com a falta de pessoal, os cuidados ficam afectados.

S – Mas para os inquiridos do questionário, o facto de existir um adequado número de enfermeiro/doente, é para 70 pessoas, a maioria, pouco importante para a qualidade de cuidados.

B – Bem é um sentimento de um grupo. Eu falo por mim. É muito difícil dar algo com qualidade quando temos de subdividir por mais pessoas.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

(Não se consegue identificar quem fala) – Existem vários aspectos que podem contribuir para a qualidade. Acho que a organização, melhor, a direcção tem um grande papel em dar as metas que se pretende. Mas depois cada um de nós tem de dar os seus contributos por mais modestos que sejam: a ensinar bem os alunos que para cá vêm, a prestar cuidados humanizados aos nossos doentes, o aceitar o outro diferente de nós e muitas outras coisas. Também cada serviço, e eu acho que se está a fazer isso, faz um diagnóstico da sua situação e estabelece orientações futuras, ou seja, por exemplo na formação, entre outras coisas. Seria muito bom existir um enfermeiro que nos desse apoio sempre que nós necessitássemos junto do doente.

(Não se consegue identificar quem fala) – A qualidade passa por cada um de nós. Nós também somos responsáveis pelo nosso crescimento para a qualidade e tudo começa em nós próprios. Se não sentirmos a qualidade, não prestamos serviços de enfermagem de qualidade. Temos de a procurar e por vezes não o conseguimos fazer sozinhos e, por isso, precisamos desse tal alguém que nos orienta.

D – Eu acho que também a vida de cada um afecta a qualidade. Temos muitos enfermeiros que fazem horário por turnos e que precisam de um elo de ligação com a orgânica e com os procedimentos que se vão protocolando. Logo a qualidade pode ficar afectada se não houver cuidados homogéneos. Não quer dizer chapa cinco para todos os

doentes. Temos de respeitar obviamente as individualidades de cada um. Mas tem de haver um fio condutor. Logo se existisse um orientador, como o enfermeiro de referência e que para além da ajuda que desse aos colegas nas suas práticas, desse o seu saber numa harmonização dos cuidados, os doentes saíam a ganhar na qualidade e nas atenções que todos nós lhes dispensamos.

S – E existir essa figura, ela seria bem aceite pelo resto da comunidade de enfermeiros dos serviços?

A – Se lhe responderam maioritariamente que essa figura é precisa, acho que os colegas aceitariam. Leva sempre a alguma problemática. Vimos na questão dos enfermeiros de referência e decerto se repetiria no tal supervisor mas depois seria bem aceite.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

(Não se consegue identificar quem fala) – Há e haverá sempre resistência à mudança. Mas mesmo com resistência os enfermeiros vão vendo o que é melhor em termos de qualidade. O que eles não querem é dar o braço a torcer, mas no fim de tudo aceitam.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

(Não se consegue identificar quem fala) – Eu acho que vai tudo de uma questão de nomes. E isso leva resistência ao método.

F – No meu caso tudo isso foi ultrapassado porque os colegas que foram assim escolhidos foram aceites, porque a chefe escolheu aqueles que já eram aceites por todos. Por isso foi só dar nomes às coisas, não é?

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

S – A entrevista vai longa e não pretendo ser maçador. No entanto devo-vos dizer que aquilo que disseram até agora tem sido bastante relevante para o estudo e dão-me muitas pistas para uma posterior análise. Tenham a certeza que vou sair daqui muito mais enriquecido com dados novos e consolidação de outros que ainda se encontravam um pouco no ar, perdoem-me a expressão. Como têm essas folhas brancas à vossa frente, iria pedir-vos que pensassem nos dados que vos vou dar, que são dados do questionário, e que individualmente pensassem naquele, ou naqueles que vos sejam mais evidentes e que expressassem a vossa opinião para como se tratasse de uma questão final, que embora sendo colocada a todo o grupo, as vossas reflexões fossem individuais e com

oportunidades repartidas. Assim sendo, vou vos dizer não só os aspectos em que se observou uma maioria de respostas mas também outros dados em que a baixa frequência pode ser relevante. Por exemplo na caracterização da amostra é como este grupo, maioritariamente mulheres.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incomprensíveis)

S – Continuando, 54,5% lêem com pouca frequência revistas de enfermagem e 18,7% não despenderam horas para acções de formação. As pessoas que responderam que a organização ajuda, ao ser-lhes pedido para explicarem a forma de ajuda, a maioria dizem que é dando formação e poucos em medidas de aconselhamento. Os problemas pessoais afectam o seu exercício raras vezes a 35,4%, mas já os problemas pessoais dos colegas, afectam o exercício destes muitas vezes 33%...

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incomprensíveis)

S – Bem, mas os problemas do exercício afectam a vida pessoal muitas vezes com 35,9%. Ter alguém que possa consultar e dar apoio nas minhas dificuldades é, para os inquiridos, muito importante com 98 respostas. Em relação ao processo de supervisão e orientação, não é importante que tudo seja escrito como um contrato, para 62,2%. Gostavam de ser orientados pelo menos 3 meses - importante. Essa orientação deve ser feita de uma forma bem sistematizada, muito importante para 49,8%. Gostavam que houvesse mútuo acordo na definição dos tempos, muito importante para 54,4%. E que essa orientação fosse faseada com avaliação e correcção, muito importante para 50,2%. Em relação à figura do supervisor, eles dizem importante a escolha do enfermeiro especialista da minha unidade para orientar, com 31,1% e, dizem nada importante essa escolha recair no meu enfermeiro chefe, com 33,5%...

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incomprensíveis)

S – Já falta pouco. Agora em relação aos aspectos éticos dessa relação supervisiva e desse processo de supervisão, Não é importante, para 62,2% que alguém saiba das minhas dificuldades, como também não é importante, para 49,8% que o responsável da unidade tenha conhecimento dessas dificuldades. Para terminar, 33,5% dos respondentes dizem que é muito importante aceitar a supervisão/orientação desde que tivesse efeitos na avaliação anual. E pronto, vossos comentários a estes resultados...

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incomprensíveis)

A – Começamos por mim?

S – Sim, vamos dar a mesma lógica que temos dado.

A – Pronto, nada me surpreende. Acho que esses resultados, como disse, quer em termos de maior percentagem, quer simples achados pontuais devem ser, minto, deve ser, a imagem dos nossos colegas. Eu fiquei surpresa com a questão das acções de formação de um grupo de pessoas não as frequentar, mas penso que terá a ver com algum cansaço de ir sempre a acções de formação. Em relação às revistas, acho que de facto estamos a ler pouco, e, se nos queremos impor como profissionais de qualidade que procuram muitas vezes a sua formação autodidacta, acho que é pouco. Tem de haver mais investimento nessa formação autodidacta, que se calhar, a figura do enfermeiro supervisor pode ajudar. Aliás os colegas dizem mesmo que é muito importante ter alguém para ajudar, não é? Finalmente, a última questão que se colocou de não querer que o responsável da unidade tenha conhecimento das suas dificuldades, ou ter vergonha de as confessar, isso vai um pouco da nossa cultura. Somos muito bons sempre e tememos que descubram as nossas fraquezas.

S – Quero salientar que as respostas foram ao contrário, ou seja, para os respondentes não é importante que o responsável da unidade saiba, ou seja, pelo contrário, se assim for, é importante que esse responsável saiba...

A – Já entendi. Perdão e mudo de opinião.

S – Enfermeira B?

B – Fiquei surpresa também, como a colega. Eu acho que as questões de a instituição ajudar na resolução dos problemas individuais deve ser feita de uma forma sistematizada que pode ser de ajuda ou ensinar a fazer, mas claro também o aconselhamento. Tenho a dizer que as pessoas não têm espelhos em casa. Por outro lado deve-se manter algum sigilo ou pelo menos alguns cuidados na forma como se estabelece a comunicação entre as partes.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

B – Quer dizer os seus problemas pessoais não afectam a profissão mas aos colegas já afectam. Eu não acredito.

C – Eu também sou da mesma opinião. Mas fiquei impressionada com as mesmas questões de há pouco sobre o não querer que ninguém soubesse das suas necessidades. Ainda bem que os colegas pensam assim, penso que será mais fácil para quem tiver de orientar ou apoiar. No entanto acho, isto é muito pessoalmente, que se deve manter algum

sigilo, ou pelo menos alguns cuidados na forma como se estabelece a comunicação deste processo.

D – Já está? Eu aponte aqui, bem concordo para já com tudo o que já disseram. Mas eu acho que o que me marcou mais em termos de resultados foi a questão dos problemas pessoais dos outros colegas afectarem mais o trabalho deles do que os meus. Eu acho que as pessoas deviam ser mais humildes e admitir que os problemas pessoais, sejam para quem forem e, em qualquer profissão, afectam-nos e muito. Outro aspecto com que fiquei, claro que não fiquei surpreendida, mas pensava que respondessem de outra maneira, foi o de preferirem o enfermeiro especialista em relação ao enfermeiro chefe, para os orientar. Acho que a relação hierárquica pode meter algum medo e por isso...

F – Mas eles dizem que não se importam que a orientação se vá reflectir na avaliação anual, que é por parte dos chefes...

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

D – Está bem mas acho que é assim.

E – Vou dizer também que me surpreendeu, não, não me surpreendeu nada...É assim, se eu estiver com problemas em casa, sejam quais forem, os cuidados que eu presto aos doentes vão também sofrer. Eu já tive uma situação que foi até o doente que me disse “a senhora enfermeira hoje não está nos seus dias”. Já houve um dia que eu tive de telefonar a uma colega para me vir substituir porque eu não me achava em condições. E tudo por causa de problemas familiares. Eles afectam sempre. E os doentes reparam bem nisso. E não há ninguém que nos possa ajudar a enfrentar a situação e dizer que não estás em condições, precisas disto ou daquilo, precisas de descansar, etc.

F – Eu gostava de dizer...

E – Posso dizer mais uma coisa? É que também acho que os colegas devem ler mais, claro que falo em revistas com assuntos de enfermagem e irem mais a jornadas. Cada vez mais vemos os anfiteatros às moscas e às vezes com temas de muito interesse. Mas acho que ninguém deve ser obrigado a ir, mas devem-se consciencializar da necessidade de formação própria. Aí também o orientador ou supervisor pode ajudar a encontrar as nossas dificuldades e procurar soluções.

F – Já posso? Bem, eu também concordo que cada um deve investir na sua formação pessoal e não estar à espera que outros o façam por nós. Eu acho que sim, que tudo deve ser feito, estou a falar do processo de supervisão, de uma forma bem

sistematizada. Tem de haver uma linha lógica de fazer as coisas. Esse tal período de supervisão tem de ser achado de comum acordo entre as partes e muito bem, como os colegas disseram que deve ser feito com avaliações periódicas para ver se tudo está a correr bem de ambas as partes. É só isso.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

S – Bem, estamos num limite de tempo já muito avançado, e não queria terminar sem perguntar se têm algum comentário a fazer ainda.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

C – Acho que os resultados são muito interessantes.

(Várias vozes a falar ao mesmo tempo – sons incompreensíveis)

S – O que vos posso dizer mais? Obrigado pela vossa presença aqui, numa tarde com muito sol e depois de um dia inteiro de trabalho, desculpem o alongar desta entrevista, mas às vezes acontece que ficamos, assim um bocado levados pelos comentários que vão surgindo. Obrigado mais uma vez.

Anexo IX – Grelha de categorias e respostas significativas à entrevista realizada a um grupo de 6 enfermeiras do H.P.H., a 21 de Maio de 2003, às 14,30 horas, na sala do Centro de Formação do Hospital Pedro Hispano. S.A.

**Grelha de categorias e respostas significativas da
entrevista em grupo realizada em 21 de Maio de 2003**

CATEGORIA/ TEMA	UNIDADES DE REGISTO/RESPOSTAS
<p>1. Dificuldades e problemas sentidos no desenvolvimento do exercício profissional;</p>	<p><i>-saber se de facto satisfazíamos as necessidades dos nossos doentes</i> <i>-no início da nossa vida profissional, tudo é muito complicado temos sempre muitas dificuldades.</i> <i>-há sempre dificuldades</i> <i>-Às vezes pensamos que o doente entendeu aquilo que dissemos mas vamos a ver e ele não percebeu</i> <i>-Era muito difícil ver um doente morrer</i> <i>-abordar a família sobre qualquer assunto</i> <i>-Mas temos sempre dificuldades</i> <i>-Ficamos muitas vezes em choque perante o que acontece às crianças</i> <i>-É sempre complicado falar na morte</i> <i>-enfermeiras que não aguentam e explodem em choro mas caladas</i></p>

-não somos capazes de assumir perante os outros que temos dificuldades inerentes aos sentimentos

-somos capazes de não conseguir em consciência, acho eu, detectar as nossas dificuldades

-Ninguém quer estar perto de um doente que vai morrer

-ninguém parece estar desperto para ajudar outros neste tema.

-a pessoa não se lembra já é difícil e constrangedor e por isso sentem-se com dificuldades

- o facto de estar a pensar se está a fazer bem para que o aluno veja

-os colegas não vão reflectir sobre as suas necessidades de formação para não sentirem vergonha depois

-Sentem-se inseguros perante os alunos por não saberem determinadas matérias

-o enfermeiro tem medo de perder esse ser modelo. E perder porque não sabe. E por isso se sente com dificuldades

-Aliás o hospital, todo ele, não tem muitos especialistas no quadro, o que é uma necessidade

-Eu acho que também a vida de cada um afecta a qualidade

-Logo a qualidade pode ficar afectada se não houver cuidados homogéneos

-Existe já cansaço em frequentar acções de formação, jornadas ou outros

- Cada vez mais vemos os anfiteatros às moscas e às vezes com temas de muito interesse. Mas acho que ninguém deve ser obrigado a ir, mas devem-se consciencializar da necessidade de formação própria

-acho que de facto estamos a ler pouco, e, se nos queremos impor como profissionais de qualidade que procuram muitas vezes a sua formação autodidacta, acho que é pouco

-Quer dizer os seus problemas pessoais não afectam a profissão mas aos colegas já afectam. Eu não acredito

-acho que as pessoas deviam ser mais humildes e admitir que os problemas pessoais, sejam para quem forem e, em qualquer profissão, afectam-nos e muito

-se eu estiver com problemas em casa, sejam quais forem, os cuidados que eu presto aos doentes vão também sofrer

-eu não me achava em condições. E tudo por causa de problemas familiares. Eles afectam sempre

2. Processos de socialização/integração de alunos e profissionais no contexto;

-no início da nossa profissão tudo é muito complicado
-Quando mudamos de serviço, e eu senti isso, é que nos sentimos mais complexadas
-não estava preparada para trabalhar com crianças
-brincam com a morte e depois nós ficamos com esses vícios
-pensar se está a fazer bem para que o aluno veja
-Eu vejo isso até nos alunos. Não estão preparados
-vêm para aqui junto de pessoas que também não estão muito seguras de si
-não sabem perante alunos o que os faz sentir mais incomodados
-Sentem-se inseguros perante os alunos por não saberem determinadas matérias
- Temos no serviço alguns colegas que chegam mesmo a recusar dar apoio ou respostas aos alunos e nós sabemos que é por falta de segurança, sentem-se inseguros perante os alunos
-Acho que também é por um pouco de receio de uma confrontação entre o profissional e o aluno

	<ul style="list-style-type: none">- pode estar associado ao facto desse profissional não ter sido escolhido para orientar ensino clínico e, como forma de vingança, sei lá, ou não ajuda o aluno ou se sente complexado-quando há alunos a escolha recaia nos mais velhos, naqueles que inspirem mais confiança-O especialista tem mais carreira, lutou e essa luta é valorizada pelos outros-especialista, naturalmente, mas tem de ter formação como orientador de ensino clínico-devem ser os próprios a fazer uma formação quase autodidacta-no meu tempo, os alunos eram formados em ter uma forma de estar, de ser e de fazer muito específica-ensinava a ter comportamentos específicos para a formação de futuros colegas da profissão- quando os há, é ele que integra os novos profissionais e faz a orientação de alunos em estágio-Em unidades ou serviços muito específicos os programas de integração são até demasiadamente muito rígidos
--	--

-Mas a orientação geral deve ser feita por um enfermeiro especialista em determinada área

-A má integração também se reflecte nos alunos porque os processos são idênticos

-ensinar bem os alunos que para cá vêm

-o de preferirem o enfermeiro especialista em relação ao enfermeiro chefe, para os orientar. Acho que a relação hierárquica pode meter algum medo

-Mas também há outra questão que são os complementos. As pessoas, os colegas não vêm benefícios nenhuns em fazer o complemento, a não ser o facto de se irem actualizar e melhorar a sua actividade junto do doente. Não ajuda a subir na carreira. Nem o título de licenciado

-Tendo em atenção à formação dos especialistas, são eles que na unidade estão responsáveis para a orientação de alunos

3. Competências da figura de supervisor/orientador das práticas clínicas de enfermagem;

- o facto de serem mais velhos na profissão não quer dizer que tenham mais competências*
- Acho que pode ser um colega nosso se confiarmos nele ou se for das nossas relações mais confidente*
- haver uma relação de confiança muito grande*
- ser um nosso colega a quem depositemos a nossa confiança*
- Não ter que ser obrigatoriamente um psicólogo*
- que tenha alguma experiência em dar apoio e em ser presente em qualquer situação*
- o enfermeiro especialista ter mais conhecimentos por ter feito um curso mas não se é chefe e ter uma postura mais de gestão do que de apoio ao outro*
- existem outros colegas tão ou mais competentes que o especialista*
- gostam do que fazem e desenvolvem muitas aprendizagens mesmo em serviço e na sua área*
- mais competências em ensinar, na formação de outros*
- especialistas que têm muita formação mas depois não são capazes de transmitir essa informação aos outros*

-verem no especialista, o mais velho e aquele que tem mais conhecimentos

-mais velho e com mais conhecimentos mas não sei se tem todas as competências

-devia ter formação específica

-O ser da prática ou seja, estar no serviço penso que também é uma característica essencial

-Ninguém pode orientar outro se não estiver dentro do contexto onde se desenrola essa prática

-é verdade que esse especialista pode vir a frequentar uma formação nesse sentido

-o especialista pode muito bem ser o escolhido, apesar de haver poucos, mas que não quer dizer que não tenha de fazer formação específica na área de supervisão

-Ser enfermeira de referência, é ser-se de referência

-Se existisse um orientador como o enfermeiro de referência, e que para além da ajuda que desse aos colegas nas suas práticas desse o seu saber numa harmonização de cuidados

-o facto do especialista estar nos cuidados que o escolhem para dar apoio quer emocional quer nos cuidados.

-Veja que o apoio emocional muitas vezes decorre de circunstâncias da própria prática

-deveria ter uma preparação específica quer para ajudar ou, mais importante, para detectar se o colega precisa de ajuda ou não

-o especialista como um profissional com mais competências numa determinada área para prestar cuidados mais diferenciados

-a formação nessa área é essencial

-se fizermos alguma formação específica nessa área

-Quem é a figura do supervisor? O enfermeiro especialista ou enfermeiro de referência? Tem é de ter as qualificações necessárias para tal

-tem de haver formação

-eu acho que deve ser um colega da mesma profissão

-Para tal poderá ser essa pessoa que possa ajudar os outros

4. Estratégias para dar resposta às expectativas dos actores em matéria de qualidade de cuidados;

-Eles deviam exprimir as suas dificuldades

-Os meus superiores directos e os meus colegas. Vão dando a ajuda possível

-Não sei se uma ajuda de colegas será suficiente. Ou mesmos dos chefes

-é difícil para a instituição perspectivar ajuda, se ninguém se afirmar com necessidade de ajuda

-há algumas que podemos dizer que temos, outras, se calhar, terão que ser outros a dizer

-È difícil conseguir ajuda nesta situação

-até pode ser um colega

-colegas mais velhos, que são aqueles que nos deviam ajudar

-a maioria das vezes o especialista é o enfermeiro de referência

-O enfermeiro de referência é o elo de ligação em todos os turnos

-o enfermeiro de referência é quase sempre um enfermeiro especialista do serviço e que está em horário fixo. Muitas vezes substitui o chefe

	<p><i>-o enfermeiro especialista está associado ao enfermeiro de referência</i></p> <p><i>-O enfermeiro de referência é o enfermeiro especialista</i></p> <p><i>-enfermeiro especialista ou enfermeiro de referência, tem é de ter as qualificações para tal</i></p> <p><i>-O enfermeiro especialista está associado ao enfermeiro de referência, a questão do enfermeiro de referência, que nunca foi muito bem aceite pela maioria</i></p> <p><i>-há muita falta de especialistas no hospital</i></p> <p><i>-o facto ser mais antiga na profissão que se fica como enfermeira de referência</i></p> <p><i>-a nomeação para enfermeira de referência foi muito controversa aqui no hospital</i></p> <p><i>-as funções de enfermeiro de referência. Estão essencialmente associadas, pelo método de enfermeiro responsável, à gestão de cuidados</i></p> <p><i>-se nós damos apoio emocional às famílias e aos doentes não achas que também devemos dar aos nossos colegas, se necessitarem? Eu acho que sim</i></p>
--	--

-o enfermeiro especialista ou de referência tem boas possibilidades de dar esse apoio se necessário

-Eu penso que é sempre necessário alguém estar perto de nós para dar apoio e ajuda

-a qualidade aumenta se pensarmos que existe essa possibilidade

-É que os cuidados que se prestam são mais seguros. Agora há aqui um dilema, é o facto de ser supervisor e como se faz essa supervisão

-é importante esta figura. Ela vai ser o trampolim para as chamadas práticas qualificantes

-Eu acho que se pode mesmo concluir que o enfermeiro de referência é quase sempre especialista e que poderá ser essa pessoa que possa ajudar os outros

-é nas práticas que se vê e se mede a qualidade

-Se tivermos o serviço cheio e com a falta de pessoal, os cuidados ficam afectados

-É muito difícil dar algo com qualidade quando temos de subdividir por mais pessoas

-cada um de nós tem de dar os seus contributos por mais modestos que sejam

-Se não sentirmos a qualidade, não prestamos serviços de enfermagem de qualidade

-se existisse um orientador, como o enfermeiro de referência e que para além da ajuda que desse aos colegas nas suas práticas, desse o seu saber numa harmonização dos cuidados, os doentes saíam a ganhar na qualidade

-Há e haverá sempre resistência à mudança

-Tem de haver mais investimento nessa formação autodidacta que se calhar a figura do enfermeiro supervisor pode ajudar

-as questões de a instituição ajudar na resolução dos problemas individuais deve ser feita de uma forma sistematizada que pode ser de ajuda ou ensinar a fazer, mas claro também o aconselhamento

-se deve manter algum sigilo, ou pelo menos alguns cuidados na forma como se estabelece a comunicação deste processo

-os colegas devem ler mais, claro que falo em revistas com assuntos de enfermagem e irem mais a jornadas

-acho que ninguém deve ser obrigado a ir, mas devem-se consciencializar da necessidade de formação própria

	<p><i>-cada um deve investir na sua formação pessoal e não estar à espera que outros o façam por nós</i></p> <p><i>-que tudo deve ser feito, estou a falar do processo de supervisão, de uma forma bem sistematizada e levando-nos à reflexão</i></p> <p><i>-Esse tal período de supervisão tem de ser achado de comum acordo entre as partes</i></p> <p><i>-deve ser feito com avaliações periódicas para ver se tudo está a correr bem de ambas as partes</i></p> <p><i>-Deve-se manter algum sigilo ou pelo menos alguns cuidados na forma como se estabelece a comunicação neste processo</i></p>
--	---